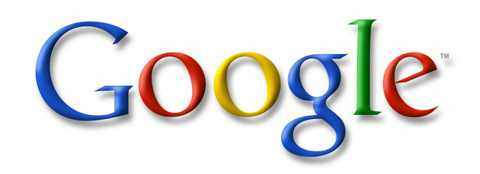


LA

Semaine Gynécologique

ANNÉE 1898

LA

Semaine Gynécologique

Paraissant le Mardi matin

Rédacteur en Chef : R. PICHEVIN

Chef des Travaux Gynécologiques à la Clinique chirurgicale de Necker

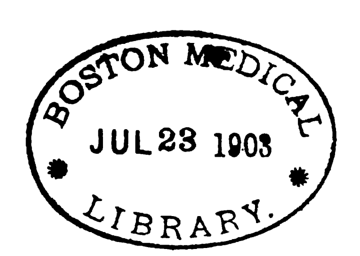
Secrétaire de la Rédaction : **Auguste PETTIT**

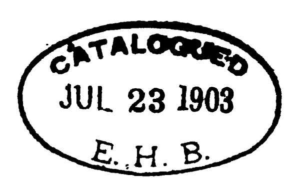
ANNÉE 1898

ADMINISTRATION

5, RUE HAUTEFEUILLE, 5

PARIS


BOSTON MEDICAL
JUL 23 1903
LIBRARY.


CATALOGUED
JUL 23 1903
E. H. B.

SOMMAIRE

A PROPOS DE L'HYSTÉRECTOMIE

Par R. PICHEVIN, chef des travaux gynécologiques à la clinique chirurgicale de Necker.

—

L'année qui vient de s'écouler a été marquée par une série de tentatives qui ont eu pour but d'établir une technique meilleure de l'hystérectomie abdominale totale appliquée principalement à la cure du fibrome utérin. Dans toutes les grandes réunions scientifiques de l'année 1897, cette question a été à l'ordre du jour et maints orateurs sont venus préconiser des procédés qui ne diffèrent que par des détails opératoires sans importance. Au Congrès international de Moscou, au Congrès français de chirurgie, et à plusieurs reprises à la Société de chirurgie de Paris, on a décrit avec une grande minutie les temps successifs de l'hystérectomie abdominale totale. Pour les uns, c'est le procédé le plus récent de Doyen qui doit être considéré comme le dernier mot de la technique; pour d'autres, le procédé américain a une supériorité marquée ; pour quelques chirurgiens il faut avant tout ouvrir le cul-de-sac antérieur.

Que l'on commence par l'effondrement du cul-de-sac postérieur, comme dans l'opération de Doyen ; que l'on détache tout d'abord l'utérus d'une des parties latérales du vagin, suivant la méthode américaine; que l'on débute par l'ouverture du cul-de-sac antérieur, ainsi que le recommandent avec insistance MM. Richelot (de Paris) et Jonnesco (de Bucarest), la chose n'a qu'une importance secondaire. On peut même ajouter que chacun de ces procédés a ses indications et ses contre-indications ; qu'ici l'opération de Doyen est extrêmement difficile sinon impossible à exécuter, que là c'est l'incision préliminaire du cul-de-sac vésico-utérin qui devient malaisée et qu'enfin dans certaines circonstances, il est très avantageux d'adopter la pratique des gynécologistes américains. Le précepte est toujours le même : raser l'utérus pendant le temps de la désinsertion vaginale. Il est certain que l'on a généralement une plus grande liberté de main, que l'on éprouve, en attaquant la paroi vaginale postérieure —le cul-de-sac postérieur étant libre et accessible — une sensation de sécurité que l'on ne ressent pas au même degré quand on attaque, dans des circonstances même favorables, le cul-de-sac vésico-utérin. Il n'y a pas lieu de redouter une lésion du rectum dans les manœuvres dirigées sur la face postérieure de l'utérus, tandis que la crainte d'une blessure de la vessie gêne la manœuvre qui a pour but d'inciser le cul-de-sac vaginal antérieur. La preuve de ce fait a été fournie implicitement par M. Richelot lui-même, qui donne le conseil de pénétrer dans le vagin en entamant légèrement la face antérieure du col utérin, sans doute dans l'unique but de s'éloigner, autant que faire se peut, de la vessie.

Les chirurgiens qui commencent l'incision du vagin tantôt en avant, tantôt en arrière, suivant les cas, reconnaîtront aisément que l'ouverture du cul-de-sac postérieur est plus franche, plus rapide que l'incision du cul-de-sac antérieur. Mais, il faut le répéter, il ne s'agit là que d'une question de nuance et qu'en fait il est d'une importance fort secondaire d'attaquer le vagin soit en avant, soit en arrière de l'utérus.

Par contre, il ressort des différentes communications qui ont été faites tant en France qu'à l'étranger qu'il est préférable de renoncer à l'ancienne pratique de la ligature en masse des ligaments larges. Le procédé de Lebec, qui étreint chaque ligament entre deux fils entrecroisés, ne semble pas devoir être conservé.

Les progrès réalisés dans la technique de l'hystérectomie abdominale totale consistent à lier isolément les deux grosses branches qui se rendent de chaque côté à l'utérus et à réduire au minimum, voire même à faire disparaître les surfaces cruentées par la réunion aussi exacte que possible des lambeaux péritonéaux préalablement taillés avant l'incision des culs-de-sac.

L'effort a été dirigé sur ces deux points : hémostase plus parfaite, plus soignée, plus chirurgicale, et suture séro-séreuse supprimant toute surface dénudée.

Lier directement les artères utéro-ovariennes et les utérines, comme on pratique la ligature d'une artère d'un membre, est une pratique supérieure à la ligature en masse d'une grosse portion du ligament large ; aussi a-t-on émis le précepte fort judicieux d'aller à la recherche systématique des artères utérines en particulier.

On y arrivera en mettant à profit les facilités d'exploration que donne la position de Trendelenbourg, fort utile, pour ne pas dire indispensable, dans l'espèce.

Il faudra, en outre, pratiquer avec le plus grand soin l'extériorisation de l'utérus ou de la tumeur. Les portions du ligament large qui doivent être saisies et coupées seront mises progressivement au dehors. On sait que pour amener pour ainsi dire hors du ventre l'utérus, on se sert avec avantage d'un tire-bouchon qui facilite les tractions de bas en haut. Dans la majorité des cas il est facile de lier les utéro-ovariennes en dehors des ligaments infundibulo-pelviens. Ces artères sont facilement accessibles.

Pour lier les utérines, la manœuvre est quelquefois plus compliquée. La découverte de ces artères peut se faire à l'aide soit de la vue, soit du palper.

La condition essentielle est d'amener le plus haut possible l'insertion vaginale sur l'utérus. Plus la base des ligaments larges sera haut située, plus l'exploration sera facilitée.

La création du grand lambeau péritonéal antérieur rendra encore plus aisée la découverte de l'utérine que l'on peut nettement voir dans certains cas. Si la vue est impuissante à faire trouver le vaisseau, l'on saisira le ligament large en différents points, dans ceux qui correspondent au trajet bien connu de l'artère, et l'on parviendra à en sentir les battements. Il ne restera plus qu'à lier directement le vaisseau. Si sa découverte est difficile, on peut, à l'exemple de quelques chirurgiens, sectionner les tissus au ras de la partie latérale de l'utérus, saisir avec une pince le vaisseau dès qu'il est sectionné. Il ne sera permis d'agir de la sorte que si l'extériorisation est complète. On a ainsi le vaisseau immédiatement sous les doigts.

Dans le cas contraire, on sacrifiera aux vieux errements, en les modifiant de telle sorte que l'on ne liera qu'une petite quantité de tissus. Il sera nécessaire de faire avec une aiguille courbe deux ou trois sutures avant de sectionner les tissus en dedans des fils.

Le deuxième progrès, comme il a été déjà dit, consiste dans la suppression de ces vastes espaces dénudés, saignants, qui constituent, avec les liquides sécrétés, un excellent milieu de culture pour les germes et une porte ouverte à l'infection.

La suture péritonéo-péritonéale des lambeaux a pour avantage de faciliter la phagocytose et d'opposer aux microbes une surface endothéliale normale.

Quoi qu'il en soit, il est un fait patent : c'est que la technique de l'hystérectomie abdominale totale a subi, du moins en France, de réels perfectionnements. En Amérique cette opération jouit d'une vogue qui n'est pas injustifiée, si nous en croyons ceux qui ont assisté aux brillantes opérations de nos confrères d'Outre-mer.

Mais est-ce à dire qu'il soit indiqué de renoncer aux interventions vaginales et de s'adresser de préférence à l'hystérectomie abdominale totale dans le traitement des lésions suppurées des annexes et des fibromes petits et moyens de l'utérus?

Il faut proclamer tout d'abord que l'extirpation des fibromyomes utérins par la voie vaginale est l'opération de choix. Par son efficacité, par sa bénignité, par sa simplicité, par la suppression de toute éventration, l'hystérectomie vaginale mérite la première place dans la thérapeutique chirurgicale des fibromes.

Sans doute, la question est plus discutable quand l'opération s'adresse aux inflammations développées autour de l'uté-

rus. L'intervention par la voie abdominale peut être mieux réglée, plus complète et partant plus efficace que celle qui se ferait par la voie vaginale.

Cette assertion n'est pas toujours exacte et, dans les cas types de castration utérine de Péan, l'opération extrêmement difficile, impossible même par la voie sus-pubienne, devient relativement aisée et très souvent efficace quand on passe par le vagin.

Mais il y a plus. Toutes les fois que l'opération est pénible par la cœliotomie abdominale; toutes les fois qu'elle donne lieu à des manœuvres compliquées au cours desquelles les mains de l'opérateur et de son aide, les instruments, les compresses et les éponges entrent trop souvent en contact avec l'intestin, l'intervention sus-pubienne, si aseptique qu'elle soit, devient plus grave qu'une opération de durée égale, mais pratiquée par la voie vaginale.

Que si les lésions développées autour de la matrice contiennent encore des germes virulents, il paraît démontré que la laparotomie par la voie abdominale expose davantage à l'infection générale.

Au point de vue de la sécurité, l'hystérectomie vaginale conserve dans ces cas une supériorité réelle. Cette bénignité éclate d'une façon indiscutable quand on est en présence de suppurations développées dans le petit bassin au-dessous d'un dôme d'adhérences qui sépare le cœlome des organes malades et des cavités contenant des liquides septiques.

L'hystérectomie vaginale ne doit donc pas être abandonnée; il faut s'efforcer de perfectionner sa technique. C'est ainsi qu'il faut féliciter M. Tuffier d'avoir apporté une modification à l'un des temps principaux de l'opération de Péan.

M. Tuffier vient de proposer à l'une des dernières séances de la Société de Chirurgie de remplacer la forcipressure préventive et définitive par une action constrictive instantanée qu'il exerce à l'aide d'une puissante pince qui étreint les ligaments larges de haut en bas après extériorisation du fond de l'utérus par le cul-de-sac vaginal antérieur. Il propose de remplacer les pinces à demeure dans l'hystérectomie vaginale par une compression excessive qu'il produit avec une pince d'une puissance exceptionnelle. Le broiement des tissus ayant été ainsi opéré, l'instrument est enlevé et l'hémostase serait parfaite.

Ce n'est que justice que de rappeler la description qui a été faite par Doyen dans sa *Technique chirurgicale* d'un instrument du même genre. Non pas que la pince de Tuffier soit semblable à celle de Doyen. Les principes sur lesquels est basée la confection des deux pinces ont-ils quelques analogies ou sont-ils tout à fait différents ? Nous l'ignorons.

Dans tous les cas, il n'est pas sans intérêt de faire connaître la description que Doyen donne de sa pince.

Voici ce que l'on peut lire dans la *Technique chirurgicale* (1):

« Le nouvel instrument qui est une pince à pression progressive et multiplie successivement de 2 jusqu'à 20 l'effort exercé au niveau de ses anneaux, permet de réduire à l'épaisseur d'une feuille de papier les pédicules les plus volumineux. Cette multiplication de l'effort de la main se fait par l'action d'un levier latéral disposé de manière à n'agir qu'au moment voulu. Tant que l'anneau qui le termine demeure fixé à la branche correspondante de la pince par le crochet correspondant, l'instrument est manié comme une pince ordinaire. Appliquons-le, par exemple, sur le pédicule d'un kyste ovarien ; les branches sont serrées et se fixent dans cette position par l'effet de la crémaillère antérieure. La puissance multiplicatrice est alors de 2×1.

Il suffit alors de libérer, en poussant le crochet qui le retient, l'anneau que termine le levier mobile et de l'écarter de la branche correspondante. Le cran de la noix vient à ce moment franchir le crochet de la pince de traction fixée à l'autre branche, et l'effort exercé sur les anneaux se trouve dès ce moment multiplié, à mesure que ces derniers se rapprochent, par un chiffre qui croît de 2 jusqu'à 20.

Les branches et les tenons de cette pièce doivent être d'une résistance exceptionnelle, l'effort exercé à l'extrémité des mors pouvant atteindre 600, 800 et jusqu'à 1,000 kilogrammes.

.....La nouvelle pince nous sert à écraser extemporanément les ligaments larges, les pédicules des kystes de l'ovaire, les adhérences épiploïques ou autres, qui se trouvent ainsi réduites à leurs feuillets péritonéaux. La plupart des artères se trouvent immédiatement oblitérées.

L'instrument enlevé, le point comprimé est réduit à une si faible épaisseur qu'il devient facile d'assurer l'hémostase à l'aide d'une ligature de soie très fine.

... L'emploi de cette pince à pression progressive, véritable clamp d'une puissance jusqu'alors inusitée, est donc des plus utiles toutes les fois qu'il est nécessaire de lier en masse un pédicule vasculaire d'une certaine importance et dont la constriction nécessiterait des fils volumineux.

Dans l'hystérectomie vaginale, l'écrasement des ligaments est particulièrement avantageux, que l'on doive employer pour l'hémostase définitive les pinces ou les ligatures ».

Comme on le voit, Doyen, tout en disposant d'une force de constriction extraordinaire, ne se borne pas à écraser les tissus. Il lie les vaisseaux après avoir forcipressuré au maximum les portions saisies entre les mors de la pince. Il ne donne pas le conseil de couper les pédicules ainsi écrasés sans les lier, « une hémorragie secondaire pouvant se produire dans des cas où l'hémostase semble d'emblée satisfaisante ».

Cette crainte semble être légitime, M. Tuffier nous dira bientôt si son instrument met à l'abri des hémorragies immédiates et secondaires.

XIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE

Moscou, 19 — 26 Août 1897.

—

Séance du 23 août (suite).

Rapport de E. Weinstein (1).

Il y a deux méthodes pour vérifier l'action d'une substance thérapeutique, pour en étudier la nature et l'efficacité, pour juger en général son emploi et les modes de cet emploi : soit une grande statistique des cas cliniques, soit des expériences sur les animaux.

En commençant mes études sur le sérum antistreptococcique appliqué au traitement de la septicémie puerpérale, études qui m'étaient inspirées par le très honorable Professeur D. O. de Ott, à qui je dois ma reconnaissance la plus profonde, j'ai choisi la seconde méthode, car il m'était difficile d'avoir à ma disposition une quantité suffisante d'observations cliniques personnelles. Des expériences sur les animaux au sujet de l'action de ce sérum me semblaient d'autant plus désirables que jusqu'ici je ne connais pas d'expériences semblables. Les animaux se prêtent à des observations et à des opérations qui sont impraticables sur les parturientes. Dans mes recherches j'ai eu affaire à des accouchements à terme, à des accouchements prématurés et à des avortements artificiels. Les expériences ont été faites sur des chattes. Le choix de ces animaux a été fait par hasard ; je ne pouvais pas trouver d'autres grands animaux en état de grossesse.

Les expériences ont été faites de la manière suivante :

Immédiatement après le part j'introduisais dans le vagin de la chatte un petit spéculum spécial conique en verre. Au moyen de ce spéculum on injectait, à l'aide d'une pipette ou de la seringue de Pravaz munie d'une aiguille émoussée, dans la cavité de la matrice, 1/2 c.c. d'une culture streptococcique, âgée de deux jours. Pour ces injections on se servait de cultures passées préalablement plusieurs fois par l'organisme de la chatte.

Au moyen de ce passage préliminaire la virulence de ce streptocoque devient plus grande pour l'organisme de la chatte.

Simultanément furent inoculées deux chattes, accouchées le même jour. Puis, l'une d'elles fut traitée par le sérum, l'autre resta comme témoin sans traitement. Chaque jour on leur prenait la température rectale, on examinait l'état général, on explorait la sensibilité de la partie postérieure de l'abdomen, on examinait les sécrétions. En outre, on faisait des analyses bactériologiques du sang et des sécrétions.

Pour étudier les changements pathologiques survenus dans l'organisme des chattes puerpérales ainsi inoculées, l'une d'elles a été tuée par le chloroforme au cours des phénomènes de la maladie (T. 40°, 5). — La dissection fit voir une péritonite suppurée, un gonflement et une infiltration suppurée de la matrice avec une quantité de streptocoques dans les vaisseaux thrombosés.

Le traitement commençait aussitôt que l'infection s'annonçait

(1) *Technique chirurgicale*, par Doyen, 1897, p. 200.

(1) Etude expérimentale du laboratoire bactériologique du priv. doc. M. le Dr Y. Bardach, à l'Université d'Odessa.

par l'élévation de la température. Avant les expériences toutes les chattes furent pesées. Le sérum était employé suivant des méthodes diverses : « à petites et rares doses (4-8 c. c.), à doses un peu plus grandes et plus fréquentes (10-12-15 c. c.) et enfin à grandes doses (20-30 c. c.).

Pour mes recherches le sérum m'était aimablement fourni par M. le Dr Marmorek, à qui je dois ma reconnaissance la plus sincère.

Voici brièvement rapportés les résultats de mes observations :

Tandis que les chattes traitées par le sérum supportent l'infection très facilement, les chattes témoins non traitées sont tout le temps très malades.

Les premières ont la température plus basse ; les sécrétions sont moindres, elles ne contiennent pas de streptocoques ou très peu ; dans le sang on trouve des streptocoques non virulents (des formes d'involution) ou on n'en trouve pas du tout : il n'y a pas de sensibilité de la partie postérieure de l'abdomen, pas de perte de poids ; les animaux sont gais et ils mangent assez bien.

Dans le même temps les chattes non traitées ont toujours la température élevée (40-41°5), une quantité considérable de sécrétions sanguines avec une masse de streptocoques virulents ; dans leur sang on trouve constamment des streptocoques virulents ; elles maigrissent fortement, deviennent chauves, perdent de leur poids, sont apathiques, somnolentes, ne mangent pas, ont une grande sensibilité de la partie postérieure de l'abdomen, une suppuration dans la cavité du bassin et enfin elles périssent lentement d'épuisement ; ou bien la mort arrive du dixième au quinzième jour dans les cas où tous ces symptômes sont très aigus.

Quant à la température en particulier, elle augmente ordinairement au commencement de la cure sous l'influence du sérum, mais déjà après douze ou vingt-quatre heures elle tombe. Après chaque nouvelle injection la température tombe plus bas qu'après l'injection précédente.

Les injections doivent être commencées aussitôt que la température s'élève (tout cela s'adresse aux cas où les recherches bactériologiques démontrent que l'infection est occasionnée par des streptocoques purs).

La quantité de sérum qui doit être injectée dépend de la gravité du cas.

Nos observations expérimentales nous montrent que la température tombe plus bas, reste basse plus longtemps, et que l'état général est meilleur, si l'on injecte une grande dose de sérum aussitôt que la température s'élève après l'infection. Cette efficacité du sérum doit être soutenue quelque temps dans les jours suivants par des doses plus petites. Combien de jours faut-il répéter les injections des doses diminuées après la première injection d'une grande quantité ? Cela dépend de la gravité du cas et ne peut pas être indiqué en règle générale.

Dans un de mes cas surtout l'action du sérum fut frappante.

Tandis que la chatte n° 5, qui recevait de grandes et fréquentes doses, avait bien vite la température normale, un état général magnifique et ne perdait pas de son poids, la chatte témoin n° 4, inoculée en même temps de la même culture que le n° 5, périt au bout de quatorze jours. Toute la cavité du bassin ne formait qu'un vaste abcès qui s'était ouvert au dehors par la peau et devint un énorme cloaque. Avant cela, les extrémités postérieures étaient paralysées. Avant la mort de la chatte sa température tomba jusqu'à 36° (la température normale chez les chattes est ordinairement 37°,5-38° et ce n'est qu'après les couches qu'elle s'élève à 39° pour tomber dans quelques heures chez les chattes bien portantes jusqu'à 37°5). Cette chatte (n° 4) avait perdu plus d'une livre et demie de son poids.

Chaque élévation suivante de la température exige la réitération des injections.

Grâce à son mode d'action, le sérum a plutôt des propriétés immunisantes que curatives. A l'appui de cette action immunisante je citerai le cas de M. Boucheron. Désirant faire l'opération de la cataracte chez un diabétique atteint de lymphangite du pied à streptocoques purs, il injecta au malade *avant* de l'opérer du sérum antistreptococcique. On ne remarqua aucune conséquence défavorable. L'opération réussit bien malgré la disposition des diabétiques aux maladies et surtout en présence du streptocoque.

Ce cas ainsi que l'efficacité du sérum, là où les injections étaient commencées à temps, laissent à penser qu'il faut peut-être se servir du sérum même dans les cas où l'infection n'est que soupçonnée. Cette catégorie comprendrait des accouchements reconnus malpropres et surtout des cas où il y a rétention des membranes.

C'est en se servant du sérum le plus tôt possible et dans des cas moins graves que son action se montre la meilleure.

L'application efficace du sérum dans les cas moins graves ne laisse pas présumer que ces cas auraient pu se passer d'un traitement quelconque ou de celui par le sérum. Les propriétés biologiques du streptocoque le prouvent, car le streptocoque est apte dans sa virulence à passer souvent de l'état de simple saprophyte à celui de streptocoque d'une grande toxicité.

Si l'application du sérum est retardée ou si l'on en injecte une quantité insuffisante (petite), les streptocoques, avant que le sérum produise son action bienfaisante (l'augmentation de la leucocytose), acquièrent en s'adaptant à l'organisme une plus grande virulence et paralysent ou bien atténuent fortement l'efficacité du sérum.

Mes observations expérimentales le démontrent. Le sang tiré de l'incision de l'oreille des chattes traitées à petites doses contenait des streptocoques purs. Mais tandis que dans ce sang on trouvait moins de streptocoques, et ceux-ci d'une petite virulence, dans le sang des chattes *non traitées* les streptocoques se rencontraient en quantité considérable et étaient très virulents. En même temps chez les chattes traitées dès le début à grandes doses ces microbes manquaient totalement.

Ce fait est d'accord avec l'observation de M. Grandmaison qui par injection du sérum obtint une guérison complète dans un cas de septicémie puerpérale streptococcique pure où le sang de la malade ne contenait guère de microbes, tandis que dans un autre cas où le sang contenait des microbes l'injection n'eut aucun succès.

Quant à mes deux observations cliniques, elles sont en harmonie avec celles de M. Grandmaison.

Dans un cas j'avais affaire à une *péritonite septique consécutive à une myomotomie abdominale*, dans l'autre à une septicémie puerpérale grave. Chez les deux malades le sang contenait beaucoup de streptocoques ; les injections de sérum furent commencées tard par suite de circonstances indépendantes de ma volonté, et les malades moururent.

Ainsi, en général, je m'explique l'échec du sérum en clinique : 1° par l'application du sérum dans des cas où l'infection n'est pas de nature streptococcique pure ; 2° par le retard apporté à l'emploi des injections, et enfin 3° par l'insuffisance des doses de sérum.

En général, d'après la statistique de M. Fehling, l'application du sérum de M. Marmorek dans des cas cliniques de septicémie puerpérale a eu pour résultat une mortalité de 40 p. 100. Si nous prenons en considération que jusqu'à présent on a injecté le sérum presque toujours *in extremis*, c'est-à-dire là où on en exigeait des miracles, il faudra avouer, que 60 p. 100 de succès n'est pas peu.

Au cours de mes injections je n'ai remarqué aucun trouble de l'état général occasionné par le sérum lui-même. J'ai injecté du sérum à des lapins bien portants, dans d'autres expériences, et je n'ai observé que rarement une élévation de la température d'un 1/2 à 1°.

L'élévation de la température, sous l'influence du sérum injecté, dans des cas de septicémie puerpérale, n'est pas le résultat indispensable de la qualité spécifique de ce remède.

Nous voyons que la température s'élève après la transfusion du sang ou après les injections dans l'organisme de matières indifférentes comme par exemple la solution physiologique de sérum artificiel.

Quant aux éruptions cutanées qu'on observe quelquefois après l'application du sérum, elles doivent passer pour des phénomènes accidentels qui ne disent absolument rien contre le sérum.

Il est connu, par exemple, que si nous prenons du sang chez un animal immédiatement après l'avoir nourri et si nous en injectons le sérum, nous verrons chez l'injecté survenir une élévation de la température et des éruptions.

Cela veut dire que le sang reçoit du canal digestif quelques matières d'une nature toxique ou plutôt pyrétogène.

Enfin, l'apparition d'abcès aux lieux des injections démontre que le sérum possède peut être des propriétés bénignes *chimiotactiques* qui changent l'infection générale en infection locale, en attirant les microbes hors de la circulation du sang et en les concentrant dans une place.

Avant de faire le résumé de mes expériences, je me permets de noter encore un fait observé au cours de mes recherches.

Tous les petits des chattes infectées et non traitées, qui étaient nourris par leurs mères, périssaient tous dans un court espace de temps fortement épuisés. En même temps les petits des chattes malades et traitées par les injections de sérum restaient tout à fait bien portants. Quand je faisais allaiter ces petits par une chatte infectée et non traitée, ils commençaient à maigrir et périssaient en quelques jours,

Les examens bactériologiques du sang et des organes de ces petits chats ne révèlent pas la présence de streptocoques.

Je suis loin de vouloir donner une explication de ce phénomène intéressant. Je crois seulement que peut-être les toxines du sang de la mère passent dans son lait et empoisonnent ainsi les petits.

Peut-être ces observations donneront-elles une solution à la question suivante : une accouchée atteinte de septicémie puerpérale doit-elle nourrir elle-même son nouveau-né ?

Ainsi, *l'application du sérum antistreptococcique ne présente aucun danger pour l'organisme.*

L'efficacité de ce sérum exige une infection à streptocoques purs, des injections hâtives et à grandes doses.



Certainement, même dans les conditions indiquées, nous rencontrerons des cas où le sérum ne réussira pas. L'organisme humain n'est pas une cornue, où l'introduction du sérum curatif pourrait être comparée à une simple neutralisation d'un acide par de la lessive. L'organisme lui-même aura toujours une influence considérable sur l'issue finale.

A la fin je me permets de toucher encore une question qui a un intérêt pratique.

Y a-t-il des raisons de combiner dans la septicémie puerpérale des injections du sérum de M. Marmorek avec le traitement local de la maladie ?

Quant à moi, je ne puis me prononcer que théoriquement, et je pense que l'extraction des microbes et de leurs toxines hors de la cavité de la matrice, faite à temps et soigneusement, sera toujours une action très rationnelle. M. Marmorek avait probablement en perspective l'abus du curettage et de divers lavages de la matrice, quand il les a complètement proscrits dans sa communicution sur le sérum.

Ainsi, en enlevant le dépôt des microbes, c'est-à-dire le contenu de la matrice, en donnant à l'organisme malade les moyens que la nature lui avait insuffisamment accordés, nous allons au-devant de la médecine : *aider la nature*.

Toutes mes expériences ont été faites dans le Laboratoire bactériologique de l'Université d'Odessa, sous la direction de son chef le Priv. Doc. M. le Dr Y. Bardach, à qui je dois ma reconnaissance cordiale.

Discussion

Y prennent part Zamschin, v. Ott, La Torre, Carbajal et Pinard. Pour la plupart, ils reconnaissent que le sérum antistreptococcique n'est pas suffisamment expérimenté, qu'on ne peut encore le préconiser comme agent curatif, mais que, toutefois, son innocuité justifie de nouvelles expériences.

REVUE FRANÇAISE

A. Siredey. — LA NEURASTHÉNIE UTÉRINE. (*Journal de Méd. et de Chirurgie pratiques*, 25 nov. 1897.)

La neurasthénie est la plus fréquente de toutes les manifestations nerveuses des maladies de l'utérus et des annexes, si l'on tient compte aussi bien de ses formes frustes que de sa forme généralisée classique.

Tantôt elle est précédée par une maladie quelconque de l'appareil génital, et elle se montre secondairement. Tantôt elle est primitive, essentielle.

NEURASTHÉNIE SECONDAIRE. — Lorsque la neurasthénie est secondaire, elle apparaît au cours des diverses affections génitales, et généralement à une époque éloignée de leur début. Ses premières manifestations se confondent avec celles de la maladie utérine qui en a été le point de départ : exagérations des accidents locaux ; douleurs plus diffuses, plus capricieuses, s'irradiant vers les viscères voisins, le long du rachis et vers la racine des membres inférieurs. En même temps exagération des troubles digestifs : distension de l'intestin, de l'estomac, constipation très accentuée, faiblesse générale, amaigrissement. Et cependant l'état local n'est pas aggravé ; parfois même c'est le contraire. Il y a alors disproportion entre les phénomènes subjectifs et les phénomènes objectifs. Bientôt la neurasthénie domine la scène.

Parfois la dyspepsie et les autres symptômes de la neurasthénie peuvent apparaître d'emblée, sans que l'on saisisse aucun lien apparent entre l'affection primitive et les complications nerveuses.

D'après les auteurs, la neurasthénie présente chez la femme une physionomie particulière.

Dépression nerveuse. — La céphalée est peu intense. Ce qui domine, c'est la dépression cérébrale (perte de mémoire ; inaptitude à tout travail intellectuel ; aboulie ; diminution des sentiments affectifs). Elles ne pensent qu'à leur maladie, à leur utérus, aux écoulements vaginaux qu'elles peuvent avoir. Elles redoutent un cancer, ont peur des chirurgiens qu'elles vont consulter ou au contraire les harcèlent pour se faire enlever leurs organes malades.

D'un autre côté, leur infirmité sexuelle leur apparaît comme une cause de dégoût pour leurs maris ; elles craignent d'être délaissées et deviennent méfiantes, inquiètes, exagérées.

La stérilité dont elles sont atteintes est une cause d'inquiétude et de regrets. D'où un état qui se caractérise par de l'insomnie, des souffrances physiques et morales que finissent par augmenter la débilitation générale et la dépression psychique.

Ces malades deviennent morphinomanes.

Rachialgie. — Parfois c'est simplement la plaque sacrée. Souvent il y a douleurs diffuses au niveau du sacrum et des lombes et vers la partie inférieure de la colonne dorsale. Il y a souvent en même temps névralgie lombo-abdominale ou sacrée. Ces douleurs sont tenaces et particulièrement intenses.

Parfois les malades se plaignent de douleurs fixes, localisées dans des régions très variables et n'ayant aucun rapport avec un district anatomiquement ou physiologiquement délimité. Ce sont les topoalgies de Blocq remarquables par leur intensité, par leur inamovibilité, et par leur résistance à tous les moyens thérapeutiques.

Asthénie musculaire. — Peut apparaître d'emblée ou suivre d'autres manifestations de la neurasthénie. Ici c'est une sorte de paraplégie ; mais les mouvements ne sont jamais entièrement abolis. Il n'existe aucune modification des réflexes, aucun trouble grave du côté de la vessie et du rectum, aucune perturbation appréciable de la sensibilité dans les membres parésiés.

Dès qu'on oblige les malades à se mettre debout, elles sont prises d'angoisses, de sueurs froides, de tendance à la défaillance.

L'impotence fonctionnelle est telle que les malades ne quittent plus le lit. Elles finissent par éviter de lever le bras, de tenir un livre ou de faire un travail quelconque.

Troubles circulatoires. — Congestions passagères de la face avec sensation de chaleur ; palpitations après les repas ; battements de l'aorte qui peuvent simuler l'anévrysme. Plus rarement coloration spéciale de la peau, plaques brunâtres.

Dyspepsie gastro-intestinale. — Sensation de pesanteur, de malaise après les repas avec ballonnement de l'estomac, renvois inodores et non acides. Parfois la distension de l'intestin accompagne celui de l'estomac et produit un peu d'oppression.

Les malades ont de la céphalalgie, des poussées congestives à la face, le cœur paraît gêné et le pouls est petit et rapide.

A un degré plus accentué, l'appétit disparaît, la langue est sale ; il y a sensation de chaleur, de brûlure à l'estomac.

Tous ces phénomènes apparaissent une demi-heure ou une heure après les repas. Mais il peut exister, en outre, des douleurs qui se montrent tardivement, 3 ou 4 heures après les repas, et se localisent autour de l'ombilic.

Petit à petit, la santé s'altère ; l'anorexie s'accentue, d'où affaiblissement et amaigrissement.

Entérite muco-membraneuse. — La constipation est la règle dans les affections chroniques de l'utérus et des annexes

Elle est due à des troubles mécaniques (rétroversion, fausses membranes, diverses tumeurs), et est accrue par le repos au lit.

Souvent l'intestin devient le siège d'altérations spéciales : il y a entérite muco-membraneuse.

Chez les femmes atteintes d'affections génitales, cette entérite, au lieu de commencer par le côlon, a souvent son siège initial dans le rectum. Il semble qu'il y ait propagation à l'intestin de la phlegmasie utérine ou péri-utérine (ténesme, brûlure en allant à la selle avec rejet de mucosités graisseuses).

L'ensemble de ces troubles gastro-intestinaux contribue à amener le facies utérin.

Ptoses viscérales. — Elles sont très fréquentes, presque habituelles chez les femmes atteintes d'affections utérines. On constate la néphroptose (Mathieu), 2 fois, sur 3 femmes atteintes de dyspepsie nerveuse. Il y a souvent en même temps mobilité et abaissement du foie, et entéroptose. Il y a coïncidence de déplacement de l'utérus, version, flexion et en particulier prolapsus. Ces ptoses sont de nature à provoquer des manifestations douloureuses et des phénomènes congestifs propres à amener quelques troubles dans l'appareil génital.

La pathogénie de ces causes est mal élucidée : disparition du tissu adipeux qui entoure le rein (Hayem), éventrations consécutives à l'accouchement, à la laparotomie, etc. Mais on rencontre aussi ces ptoses en dehors de toute cause mécanique appréciable, chez des femmes atteintes de métrite et qui n'ont jamais eu de grossesse, chez des vierges.

Dans un grand nombre de cas, ces ptoses paraissent assez étroitement liées à la neurasthénie. Chez des femmes atteintes d'affections de l'utérus ou des annexes, la néphroptose apparaît quand les phénomènes de dépression nerveuse surviennent. Les appareils sustentateurs des divers organes se relâchent sous l'influence d'un alanguissement de tout l'organisme.

Ces ptoses donnent lieu à de nouvelles douleurs, à une gêne plus marquée des fonctions gastriques et intestinales. D'où augmentation des causes de souffrance et de dépression. Ce sont des déséquilibrées du ventre (Trastour), qui craignent que le contenu de leur abdomen s'échappe : elles redoutent de bouger. D'où un état mental particulier qualifié d'*atrémie*, par Meftel et qui finit par inspirer aux malades une véritable horreur du mouvement.

FORMES DE LA NEURASTHÉNIE. — La forme *dépressive* est la plus ordinaire. Affaiblissements physique et intellectuel. Incapacité d'écrire, de suivre une conversation, fatigue à l'occasion du moindre effort, aboulie. Quelquefois il y a *mélancolie* et ces malades abusent des narcotiques ou des liqueurs fortes. Dans d'autres cas il y a agoraphobie, claustrophobie, topophobie.

La forme *myélopathique* n'est pas rare (rachialgie, impuissance

motrice des membres inférieurs, et même un certain degré d'irritation des organes génito-urinaires).

La forme *dyspeptique* est observée aussi (constipation opiniâtre, entérite muco-membraneuse, douleurs pendant la défécation).

Parfois la neurasthénie est *mono-symptomatique* : elle se localise dans certains organes en y provoquant des douleurs et une gène fonctionnelle d'intensité variable (brûlure, déchirement du coté des ovaires, etc.). Toutes ces souffrances peuvent immobiliser complètement ces malades.

Ailleurs la neurasthénie est *fruste*. Les malades deviennent des geignardes (Charcot), souffrant partout, se plaignant de tout. Ce sont des *méconnues*, des *incomprises*.

Hystéro-neurasthénie. Il s'agit parfois d'une forme mixte qui relève de l'hystérie et de la neurasthénie.

Les malades ont tantôt de légères érosions ou fissures de l'orifice vulvo-vaginal, tantôt des déchirures ou des cicatrices du col, quelquefois des noyaux inflammatoires sur les parties latérales du col, etc.

Ces lésions sont très irritables. Le moindre attouchement produit des douleurs excessives avec contraction réflexe. Celle-ci porte surtout sur les fibres musculaires de l'anneau vulvaire et du releveur anal, puis elle gagne la vessie et le sphincter de l'anus.

Les efforts de défécation ou de miction peuvent réveiller le spasme vulvo-vaginal. D'où une hyperesthésie de toute la région pelvienne qui s'oppose aux moindres tentatives d'exploration.

Entre les accès, les malades sont en proie au découragement le plus absolu. Il y a une tendance à l'hypochondrie. La santé générale en souffre. Il y a insomnie et une cachexie neurasthénique. Ces malades abusent des narcotiques et en particulier de la morphine.

D'autres fois l'élément spasmodique est moins accentué, mais il existe des douleurs très intenses, généralisées et diffuses, qui reviennent par crises, en suivant le trajet des nerfs ou en se montrant sous forme de topoalgies fixes, présentant des accès paroxystiques d'une acuité extrême, ce sont *les grandes névralgies pelviennes*.

Diagnostic. Il faut faire la part de ce qui revient aux affections des organes génitaux et de ce qui est étranger à ces maladies. Les anciens gynécologistes étaient tombés dans l'erreur qui consiste à tout rapporter à une lésion des organes génitaux. Certains chirurgiens font de même : ils enlèvent en totalité ou en partie les organes génitaux.

Il faut chercher les stigmates de la neurasthénie. Un bon interrogatoire, une exploration complète de l'abdomen permettent de faire le diagnostic. Il ne faut pas oublier, au moindre indice, d'explorer les organes génitaux.

Lorsqu'il existe de la neurasthénie et une maladie de l'appareil génital, il n'est pas facile de préciser les rapports des deux affections.

Neurasthénie primitive. — Les neurasthéniques peuvent accuser des symptômes de certaines affections de l'utérus et de ses annexes. La neurasthénie tend à disparaître, laissant au premier plan les accidents utérins dont se plaignent les malades. Ce sont les *fausses utérines*. Le Dr F. Siredey avait attiré l'attention de ses élèves sur ces malades. Pichevin a publié récemment une intéressante étude sur cette question.

Entre la neurasthénie primitive et la neurasthénie secondaire il y a une série ininterrompue de faits qui les relient. Cette division est schématique.

On peut diviser les malades en 3 groupes suivant qu'elles présentent quelques altérions légères de l'appareil génital, des accidents de voisinage donnant lieu à des symptômes analogues à ceux des affections utérines, et enfin de simples phénomènes dus à leur imagination.

Dans le 1er groupe on observe des types différents. Tantôt il s'agit de jeunes femmes récemment mariées qui ont souffert beaucoup des premiers rapports sexuels. Elles ont un peu de vulvo-vaginite, un léger degré de métrite cervicale. La douleur causée par le coït impressionne les malades qui tombent parfois dans l'hypochondrie ou dans la neurasthénie.

Tantôt ce sont des femmes arrivées au voisinage de la ménopause, arthritiques, ayant un peu de tendance à l'obésité et aux congestions viscérales. Elles ont de vagues douleurs pelviennes et quelques sécrétions glandulaires de l'utérus. Les règles deviennent irrégulières et douloureuses. Ces femmes craignent l'âge critique et redoutent une affection très grave. Elles finissent par tomber dans l'hypochondrie.

Chez des femmes plus jeunes ayant de nombreux enfants et chez lesquelles l'utérus est sensible on observe à la suite d'excès génitaux des phénomènes de congestion utéro-ovarienne. Cela suffit pour inquiéter ces femmes qui cherchent un prétexte pour localiser leurs tendances névrosiques ; c'est en quelque *sorte le clou auquel elles* accrochent leur neurasthénie.

Dans une autre catégorie, on peut ranger les malades dont l'appareil génital est indemne, mais qui présentent des accidents du côté des organes utérins (fissures à l'anus, polypes de l'urèthre, cystite ; entéro-colite muco-membraneuse, néphroptose, appendicite). Ces malades s'imaginent qu'elles ont une affection de l'appareil génital.

Dans le dernier groupe il s'agit de femmes dont les organes génitaux sont sains et qui, en l'absence d'accouchement, de fausse couche, de blennorragie, etc., accusent les symptômes de diverses affections de l'utérus et des annexes. De légères irrégularités menstruelles, des douleurs lombo-abdominales au moment des époques, un peu de leucorrhée suffisent pour motiver leur plaintes.

Ce sont des femmes dont l'hérédité nerveuse est assez chargée (jeunes veuves, vieilles filles découragées, mères de famille accablées par quelque deuil, épouses stériles, etc.).

Ce sont des neurasthéniques ; parfois la neurasthénie peut être mono-symptomatique et se fixer d'emblée sur l'appareil génital (douleur dans la région sacrée, les reins, pesanteur dans le bassin jusqu'au périnée, brûlure au niveau de l'orifice vulvaire). La marche, la station debout augmentent les douleurs et deviennent impossibles. On croit à une affection des organes génitaux, mais par le palper ou le toucher on ne trouve rien de net.

Il faudra dépister la neurasthénie.

Etiologie et pathogénie. — Le plus souvent la neurasthénie apparaît au cours des affections chroniques de l'appareil génital. D'habitude ce ne sont pas les maladies graves qui donnent lieu aux manifestations de l'épuisement nerveux; ce sont des lésions d'importance minime (brides cicatricielles, ovaires semi-kystiques etc., lésions insignifiantes du col, métrites à peu près indolores).

Par quel mécanisme les divers troubles des organes génitaux peuvent ils retentir sur le système nerveux central ? 1° Les anastomoses des nerfs de l'utérus et des ovaires avec les branches des plexus lombaire et sacré, avec les rameaux du grand sympathique et les diverses plexus du système nerveux ganglionnnaire de l'abdomen serviraient à expliquer quelques faits ; 2° on attribue une importance considérable aux sécrétions glandulaires des organes génitaux : Aran, Chroback et Charrin donnent des explications dans ce sens.

Il est possible que les troubles de la menstruation et les lésions ovariennes tiennent une place importante dans les accidents complexes qui accompagnent diverses affections de l'appareil génital.

Les affections des organes de la reproduction impressionnent beaucoup plus vivement les centres nerveux que ne le font celles des autres appareils de l'économie. Ces réactions sont-elles imputables à l'absorption de certaines substances sécrétées par les glandes génitales ou s'agit-il de phénomènes purement psychiques ?

L'immobilité prolongée est un facteur étiologique sujet à discussion ; il en est de même des troubles digestifs.

La néphroptose peut provoquer une stase dans les vaisseaux utéro-ovariens et exercer une action sur les altérations génitales.

La dyspepsie contribue à entretenir la dépression nerveuse.

Les diverses maladies de l'utérus et des annexes réunissent les conditions physiques et morales les plus favorables pour engendrer l'épuisement nerveux, mais elles ne le font que chez des prédisposées.

La *suggestion* joue un rôle important dans la pathogénie. On arrive à savoir que la malade a dans son entourage (parentes ou amies) une personne atteinte d'une affection génitale (cancer ou autre maladie ayant nécessité une opération sérieuse).

Dans d'autres cas la suggestion est d'origine médicale; dans des conversations un médecin a trop parlé, devant des personnes prédisposées, d'une affection utérine marquée chez une autre personne, ou bien on a trop insisté sur des troubles insignifiants que présente la malade elle-même.

Ces femmes s'excitent par la lecture de diverses publications et finissent par se suggestionner.

Il faut signaler l'influence déplorable de l'entourage de ces femmes qui ont peu de chose du côté génital. Les plaintes, les inquiétudes du mari, de la mère, les propos inconsidérés des bonnes amies contribuent à entretenir et à aggraver l'épuisement nerveux chez les prédisposées.

M. Siredey termine son travail par un exposé sur la prophylaxie et le traitement que nous transcrivons textuellement :

Si l'on envisage la neurasthénie comme relevant, dans tous les cas, d'une prédisposition nerveuse héréditaire, on devra se préoccuper, en soignant une femme atteinte d'une affection de l'utérus et des annexes, d'éviter tout ce qui serait de nature à exagérer l'impressionnabilité du système nerveux. L'hygiène morale de la malade sera surveillée aussi bien que son hygiène physique.

Il importe de mettre son entourage en garde contre les inconvénients d'une sollicitude exagérée, contre le danger des inquiétudes trop franchement exprimées devant elle, et des histoires effrayantes qu'on lui raconte trop volontiers. On s'appliquera constamment, au contraire, à relever le moral de la malade et à l'encourager de toutes les manières, en détournant son esprit de ses misères. On devra s'ingénier à lui procurer les distractions compatibles avec son état, et, à ce propos, il sera bon de ne pas pro-

longer l'immobilité et le séjour au lit au delà des limites strictement nécessaires.

L'alimentation doit être surveillée, la liberté du ventre assurée, et au besoin stimulée, pour éviter, autant que possible des complications du côté des voies digestives. Il est très utile d'exciter les fonctions de la peau par des frictions sèches ou aromatiques, d'aérer la chambre de la malade d'une façon très régulière, et même permanente si on le peut. Les médicaments doivent être restreints au minimum : il faut craindre l'action dépressive qu'exercent sur le système nerveux la plupart des calmants. Si la morphine est indiquée dans certaines crises très douloureuses de la période aiguë, initiale, des inflammations de l'utérus et des annexes, il ne faut jamais en abuser : ces malades sont tout particulièrement exposées à devenir morphinomanes en raison de leurs nervosisme.

Ces notions de pathogénie ne sont pas moins importantes au point de vue chirurgical. Si les altérations des organes génitaux contribuent à entretenir, à aggraver la neurasthénie, elles n'en sont pas la cause essentielle, unique. Par conséquent, l'ablation des parties malades n'entraîne pas la certitude de faire disparaître tous les accidents. On a abusé, il y a quelques années, des opérations radicales, qui semblaient motivées par les réactions intenses auxquelles donnaient lieu certaines lésions des trompes et des ovaires. Or, plus d'une fois, après avoir enlevé les annexes malades, après avoir fixé le rein déplacé, corrigé les déviations utérines, les douleurs persistaient toujours, et avec elles les accidents nerveux. Le professeur Debove (1) a même observé des femmes chez lesquelles l'intervention, bien que suivie d'un succès complet au point de vue chirurgical, avait singulièrement exagéré les troubles nerveux et les douleurs. Charcot s'était déjà élevé contre cette pratique dangereuse à tant d'égards. On ne doit jamais oublier que les névropathies dépendent, comme l'a si bien dit A. Mathieu, « d'une façon d'être particulière de toute la substance nerveuse, contre laquelle l'idée d'une intervention chirurgicale est parfaitement illogique ».

On comprend cependant que certaines altérations de l'appareil génital, en raison de leur retentissement sur les centres nerveux, réclament une opération. Une fois celle-ci résolue, le chirurgien doit agir le plus tôt possible pour éviter à la malade l'énervement d'une longue attente. Souvent la menace d'une opération constamment différée et remise exerce la plus funeste influence sur le moral des malades. Dans tous les cas, l'intervention devra être justifiée par l'existence de lésions palpables. L'indication opératoire réside beaucoup plus dans l'état des organes que dans l'intensité des phénomènes généraux, et en particulier des phénomènes névropathiques (A. Mathieu).

C'est d'ailleurs la formule que donnent, aujourd'hui, tous les chirurgiens prudents.

Bien loin de constituer un prétexte à intervention, les accidents nerveux doivent être considérés, dans beaucoup de cas, comme une contre-indication. S'ils n'aggravent pas réellement l'opération, ils sont de nature à compromettre le résultat final, en laissant aux malades toutes leurs souffrances, quelquefois même aggravées.

Lorsqu'il s'agit des neurasthéniques primitives, la contre-indication est encore plus formelle malgré l'insistance pressante avec laquelle les femmes réclament une opération, puisque les lésions des organes génitaux sont, ici, très minimes, ou manquent complètement. Au point de vue neurologique, ces malades comportent un pronostic plus grave. Elles ont une tare nerveuse plus accentuée, et à défaut des organes enlevés par le chirurgien, leurs tendances nosophobiques trouveraient facilement d'autres localisations dans l'économie.

En somme, bien qu'elle évolue autour des organes génitaux, la neurasthénie utérine, comme les autres variétés de cette névrose, appartient bien plus à la pathologie nerveuse qu'à la gynécologie.

L'hydrothérapie, sous toutes ses formes, les cures d'air, l'isolement, doivent tenir, dans son traitement, plus de place que la chirurgie.

M. P. Le Gendre. — LA MÉNOPAUSE ET LE REIN (2).

L'influence exercée par la ménopause sur l'appareil circulatoire et le système nerveux est bien connue ; on sait combien les troubles vaso-moteurs (bouffées de chaleur, céphalées congestives, palpitations) sont fréquents, lorsque les règles sont suspendues ou définitivement arrêtées. On connaît bien les troubles psychiques (irascibilité, hypocondrie, neurasthénie) qui peuvent se montrer d'une façon plus ou moins durable ; la ménopause peut créer des névroses ou aggraver les névroses préexistantes.

On a moins étudié, à ce qu'il me semble, le retentissement de la ménopause sur la fonction rénale. Et cependant plusieurs faits dont j'ai été le témoin me font penser que la suspension des règles a quelquefois pour effet d'entraver l'excrétion urinaire — soit en provoquant une congestion rénale et, par suite, une diminution de la quantité des urines — soit en privant l'organisme d'une voie d'émonction et en créant par rétention de poisons, que d'ordinaire peut entraîner le sang menstruel, un certain degré d'auto-intoxication, hypothèse en harmonie avec celle qui a été avancée par les partisans d'une théorie pathogénique de la chlorose par auto-intoxication.

C'est surtout chez des femmes présentant à un haut degré les attributs du neuro-arthritisme que l'interruption ou la suppression des règles retentit d'une façon fâcheuse sur l'appareil urinaire.

J'ai soigné pendant plusieurs années une dame qui avait au plus haut point le tempérament arthritique : sanguine, avec des réflexes vaso-moteurs d'une violence excessive, elle avait eu plusieurs fois des hémoptysies ou des épistaxis, des congestions hémorrhoïdales, quand ses règles, d'ordinaire abondantes, manquaient ou étaient retardées. Au moment où les irrégularités menstruelles, devenant plus accentuées, préludaient à la menopause, j'ai constaté plusieurs fois chez elle, les mois où les règles ne paraissaient pas, un ensemble de phénomènes qui consistait en des douleurs lombaires, une céphalée violente, des nausées ou des vomissements. Ayant alors fait recueillir méthodiquement les urines, je constatai que l'excrétion quotidienne était considérablement diminuée : une fois, j'y trouvai du sang, plusieurs fois de petites quantités d'albumine. Ce syndrome disparaissait après l'application de sangsues sur le col utérin, de ventouses scarifiées sur la région lombaire, de lavements multipliés et autres moyens propres à activer la diurese.

Quand il existe un rein ectopié, la congestion de cet organe est facile à constater chez les femmes maigres, puisqu'on peut le saisir, pour ainsi dire, entre les deux mains, pour en apprécier le volume, la consistance et la sensibilité. Or, j'ai plusieurs fois fait, chez des femmes dont les règles étaient retardées ou suspendues, cette constatation que le rein flottant était, à ce moment, douloureux, turgescent, moins mobile.

J'ai même, dans un cas récent, soigné avec mon très distingué confrère, le docteur Margery (de Sannois), une dame arthritique et névropathe, atteinte de rein mobile, dont la ménopause est en train de s'effectuer, et qui, sous l'influence de la disparition de ses règles, présenta une céphalée très pénible, un état nauséeux, un certain degré d'anasarque, une augmentation très notable du volume et de la sensibilité du rein ectopié, en même temps que le taux des urines tombait à 300 grammes et même 250 grammes par jour. Le régime lacté et la théobromine amenèrent en peu de jours les urines à un taux suffisant ; en même temps, disparaissaient l'œdème avec les autres symptômes d'insuffisance rénale. Le mois suivant, les règles parurent à l'époque habituelle ; le syndrome urémique ne se montra pas. Un mois après, les urines diminuèrent de nouveau, au moment où les règles auraient dû venir et ne vinrent pas ; le rein se tuméfia, l'œdème s'esquissa ; mais le lait et la théobromine coupèrent court à ce cortège de l'ischurie.

Mais c'est surtout lorsqu'il existe une affection chronique du rein que la connaissance du retentissement possible de la ménopause sur la fonction rénale est importante au point de vue du pronostic et du traitement.

L'exemple suivant montre une néphrite interstitielle, à évolution lente et bien supportée jusque-là, brusquement aggravée par l'apparition d'une poussée congestive à chaque époque menstruelle, quand les règles étaient trop peu abondantes ou en retard.

Une dame de quarante-neuf ans, fille de rhumatisant et de goutteux, avait eu, dans sa vie, de nombreuses manifestations arthritiques et nerveuses (migraines, bronchites sibilantes à répétition, emphysème, spasmes glottiques d'origine nasale) ; après avoir été maigre pendant sa jeunesse, elle était devenue obèse vers la quarantaine. Elle me consulta pour la gêne considérable que lui causait l'essoufflement. Je constatai un visage violacé, un bruit de galop, une forte tension artérielle, de la pollakiurie et de la polyurie, mais sans albuminurie. Je la soumis à un régime d'amaigrissement graduel, et, au bout de quelques mois, elle se trouvait débarrassée de tous ses malaises. Les règles étaient jusqu'alors venues chaque mois, à époque fixe. La seule fois de sa vie qu'elles avaient manqué, quelques années auparavant, cette dame avait eu, me dit-elle, une apoplexie pulmonaire.

Un jour je fus prié, par le confrère très instruit qui suivait la malade, M. le docteur Vinache, de venir constater son état ; car elle venait d'avoir, m'écrivait-il, « après des vomissements verdâtres peu abondants et glaireux, des accidents convulsifs suivis d'hémiplégie gauche transitoire et d'un sommeil plus ou moins comateux, interrompu par moments par une excitation particulière ». L'urine, d'ordinaire abondante, et qui, cinq ou six jours auparavant, ne présentait pas d'albumine, ainsi que je m'en étais assuré, était devenue rare, foncée, et contenait environ 1 gramme d'albumine. Les règles avaient quelques jours de retard. La malade conserva deux ou trois jours un peu de paraphasie et d hébétude ; puis, les règles venues, l'albumine disparut brusquement, les urines furent de nouveau abondantes et notre cliente reprit sa vie ordinaire.

A quelque temps de là, également à une époque menstruelle,

(1) DEBOVE. *Soc. méd. des Hôp.*, 1892.
(2) Communication à la Société médicale des hôpitaux.



réapparition de signes de congestion rénale et d'urémie (urines diminuées, foncées, albumineuses, accès éclamptique). Saignée. Disparition des accidents nerveux et de l'albuminurie.

Une troisième fois, malheureusement, et dans les mêmes conditions de coïncidence avec l'époque menstruelle, une nouvelle crise d'urémie cérébrale apoplectiforme et convulsive emporta notre malade.

Nous fûmes très frappés, mon confrère et moi, de la régularité presque mathématique avec laquelle, à l'époque menstruelle, reparaissait la poussée congestive du rein, avec son cortège d'accidents urémiques, sans qu'aucune imprudence eût été faite, malgré un régime convenable, tandis que, l'époque menstruelle passée, tout rentrait dans l'ordre et il n'existait plus que les signes d'artério-sclérose avec lesquels la malade vivait depuis des années. Il nous a semblé manifeste, dans ce cas, que les retards et la diminution des règles étaient la cause provocatrice de la congestion intense du rein qui, se produisant sur un organe dont la circulation était d'ordinaire défectueuse, le rendaient subitement assez inférieur à sa tâche d'émonctoire pour faire éclater l'urémie.

Il m'a paru utile d'attirer l'attention sur les faits de ce genre, que je crois peu connus, et je termine cette courte note par les conclusions suivantes.

Conclusions. — Chez certaines femmes, au moment de la ménopause, la diminution, les retards, et la suppression de l'écoulement sanguin menstruel peuvent provoquer une congestion rénale d'intensité variable avec un cortège d'accidents qu'il est utile de savoir rapporter à leur véritable cause pour les prévenir ou les faire disparaître.

Ces accidents sont la diminution de la sécrétion urinaire, quelquefois une légère albuminurie, ou une hématurie passagère, souvent des douleurs lombaires, des nausées et vomituritions, une céphalalgie intense.

Ils peuvent être prévenus, atténués, ou supprimés par une émission sanguine (ventouses scarifiées ou sangsues sur la région rénale, sangsues sur le col utérin ou saignée générale) et par une médication diurétique (lait, théobromine).

Quand il existe un rein flottant, ces accidents congestifs sont peut-être plus accentués, et, en tout cas, il est plus facile de vérifier par le palper l'état congestif du rein, qui devient turgescent, douloureux et moins mobile.

Ces accidents se produisent surtout chez les femmes ayant à un haut degré les attributs du neuro-arthritisme.

Lorsqu'il existe une affection chronique du rein, l'arrivée de la ménopause devient une circonstance aggravante, par suite des poussées congestives que chaque époque menstruelle provoque du côté de l'organe déjà malade, si l'écoulement sanguin est retardé ou insuffisant.

André Petit. — LE REIN DANS LA MÉNOPAUSE (1).

Je désire, à l'appui de l'intéressante communication de M. Le Gendre (2), citer, en quelques mots, l'observation d'une malade de mon service, chez laquelle se montrent périodiquement, de la façon la plus évidente, les fâcheux effets de la suppression menstruelle sur les diverses manifestations morbides d'un mal de Bright déjà ancien.

Cette femme, actuellement âgée de trente-neuf ans, est atteinte d'une double lésion mitrale, avec myocardite et néphrite albumineuse, paraissant remonter à une variole contractée il y a huit ans. C'est seulement depuis un an environ que se sont produits de véritables troubles asystoliques et des accidents de dyspnée paroxystique, qui ont atteint, dans ces derniers temps, une intensité extrême. Or, ces paroxysmes, en concordance manifeste avec chaque époque menstruelle, ont apparu depuis que la malade a vu ses règles diminuer d'abondance au point d'être assez souvent à peu près nulles.

S'agit-il chez elle d'une ménopause un peu hâtive, il est vrai, ou de cette aménorrhée de la période avancée des affections cardiaques sur laquelle notre collègue et ami Dalché a encore récemment insisté ? Il serait, à coup sûr, difficile de se prononcer ; mais le fait que nous devons retenir, c'est que chaque mois, avec une périodicité désolante, trop bien constatée par la patiente elle-même, le molimen menstruel, insuffisant à produire un flux sanguin appréciable, s'accompagne d'une oligurie brusque avec crise d'urémie dyspnéique menaçante.

La digitaline ou la théobromine qui, dans les périodes intercalaires, triomphent assez aisément, chez cette malade, des troubles de dyssystolie, en régularisant le cœur et amenant une abondante diurèse, échouent complètement contre les crises qui marquent les époques cataméniales. Seules, les émissions sanguines (agissant sans doute en partie comme suppléant les règles), suivies d'injections de sérum artificiel, ont pu jusqu'ici enrayer ces accidents périodiques, dont l'origine rénale et la nature urémique nous ont paru manifestes.

Il semble donc que, chez cette « cardio-rénale », depuis le moment où s'est montrée une réduction notable du flux sanguin des règles, chaque retard périodique du molimen menstruel soit l'occasion d'une poussée congestive rénale se révélant par une crise d'urémie dyspnéique. C'est là, croyons-nous, un fait confirmatif de la thèse soutenue par notre collègue dans la précédente séance.

(1) Communication à la Société médicale des hôpitaux.
(2) Voy. ci-dessus.

REVUE AMÉRICAINE

Herman E. Hayd. — CONSIDÉRATIONS SUR LA VENTRO-FIXATION. (*Annals of Gynec. and Pediatry*, octobre 1897.)

La ventro-suspension de l'utérus, combinée avec les différentes opérations plastiques sur le col et le vagin représentent les seuls procédés chirurgicaux et anatomiques capables de remédier aux prolapsus exagérés de l'organe. Les complications que l'on observe quelquefois au moment de l'accouchement ne doivent pas suffire pour faire rejeter la méthode. On doit y avoir recours, au contraire, pour soulager le grand nombre de malades qui ont passé la ménopause et chez lesquelles on observe surtout le prolapsus utérin.

Dans ses premières opérations, l'auteur employait les sutures perdues au crin de Florence pour mieux fixer l'organe dans sa nouvelle position ; mais il reconnait aujourd'hui que cette mesure n'est pas nécessaire ; il suffit d'employer des sutures capables de maintenir l'utérus en place pendant quelques semaines, jusqu'à ce que les adhérences soient bien établies. Le catgut n° 3 suffit amplement pour les plus grandes opérations.

L'opération d'Alexander a été pratiquée dans un grand nombre de cas où beaucoup de chirurgiens auraient fait l'hystéropexie abdominale, mais l'auteur pense que notre enthousiasme débordant pour les nouvelles méthodes nous fait oublier les merveilleux résultats obtenus par les anciens procédés. L'Alexander présente cependant l'avantage de respecter la mobilité de l'utérus, et de permettre le développement de l'utérus au cours de la grossesse, comme aussi son involution consécutive.

Dans les cas de prolapsus, et même de procidence, lorsque les ovaires et les trompes sont indemnes, lorsqu'il y a lieu d'espérer une grossesse, on peut admettre que l'utérus sera bien fixé sans aucun obstacle pour la marche de la grossesse si les sutures qui passent par le corps de l'organe traversent le péritoine viscéral et le tissu conjonctif sans intéresser les muscles droits et leur gaine aponévrotique, comme le veulent certains chirurgiens.

De cette manière l'utérus ne tarde pas à se constituer un ligament suspenseur lui permettant d'effectuer normalement tous ses mouvements.

Il est surprenant de voir comme une bande très mince suffit pour maintenir l'organe et contre-balance la pression intra-abdominale, si l'on a eu soin de pratiquer les diverses opérations plastiques sur le vagin et le périnée. L'hésitation est cependant permise chez les grosses femmes qui présentent un prolapsus total avec un gros *venter pendulum*. Chez ces malades il vaudrait peut-être mieux fixer solidement l'utérus, et courir les risques que comporterait une grossesse, plutôt que de voir échouer l'opération.

La bande d'adhérences faiblit trop facilement lorsque les parois abdominales sont flasques et relachées, et les viscères sont capables de refouler l'utérus jusque dans le conduit vaginal, alors même qu'il serait fixé à la paroi abdominale.

L'auteur a pratiqué le ventro-fixation dans un grand nombre de cas et se déclare chaque jour partisan plus convaincu de cette opération. Sa principale indication serait le prolapsus de l'utérus et du vagin ; ou procidence de l'utérus.

On peut y avoir recours avantageusement lorsqu'on pratique une cœliotomie pour lésions annexielles, lorsque l'utérus s'incline en rétroversion.

Il est arrivé de voir de brillantes opérations échouer parce que l'on avait négligé de fixer en avant un utérus qui ne tarda pas à retomber dans la concavité du sacrum pour s'y fixer. Dans ce cas, il est souvent préférable de pratiquer un raccourcissement intra-péritonéal des ligaments ronds, mais cette conduite offre parfois de grandes difficultés : on doit faire l'incision abdominale beaucoup trop longue et placer la malade dans la position de Trendelenburg, alors que l'hystéropexie serait à la fois si simple et si facile.

Les avocats de l'extirpation totale, proclament sans doute qu'un utérus privé d'annexes doit être enlevé, mais les remarques de



l'auteur sur la ventro-fixation s'adressent sans restriction aux rétroversions et prolapsus de l'utérus, lorsque les annexes d'un seul côté ont été sacrifiées et que la santé de la malade serait fortement compromise si on laissait l'utérus retomber dans sa position vicieuse.

M. Lévy.

REVUE DES THÈSES

Belin (L.).— MORT SUBITE PAR INHIBITION DANS L'AVORTEMENT CRIMINEL (*Thèse de Paris*, 1897-1898.)

La mort subite dans l'avortement peut avoir pour cause l'introduction d'un corps étranger dans l'utérus. Un de ces cas est l'introduction de l'air dans l'appareil circulatoire, lorsque le bec de la sonde a été introduit dans un sinus utérin et que l'injection a été mal faite. La mort subite peut survenir à la suite de la douche de Kiwisch faite pour provoquer l'avortement. L'air peut pénétrer dans le sinus utérin à la suite du décollement partiel des membranes et du placenta.

Parfois aussi la mort survient subitement à la suite de blessures en apparence peu graves et sans qu'il y ait eu d'autres complications ; l'on peut penser alors qu'il s'est produit un réflexe inhibitoire.

Comme l'a écrit Tardieu, « il est aussi des femmes emportées en quelques heures ou même subitement sans qu'à l'autopsie on trouve une seule lésion à laquelle attribuer la mort. Sans doute, dans ces cas fort différents, il y a des morts subites observées chez des femmes récemment accouchées et attribuées à la migration brusque des caillots formés dans les vaisseaux, une syncope, produite par l'excès de la douleur, soit par le saisissement qu'enfante la pensée du crime, est la véritable cause de la mort.» Il s'agit alors d'une mort subite survenant à la suite de phénomènes d'arrêt ; c'est une mort par inhibition.

L'appareil nerveux utérin provient du sympathique et de l'axe cérébro-spinal ; ses deux principaux centres d'origine, les plexus hypogastrique et lombo-aortique sont en communication avec le plexus mésentérique inférieur qui renferme un centre moteur de l'utérus ; il faut remarquer, en outre, que « plexus solaire, plexus lombo-aortique, plexus hypogastrique ne sont point aussi distincts sur le sujet que dans les descriptions. Ils forment, comme le tronc nerveux dont ils émanent, un grand tout, divisé seulement pour la commodité de l'étude ». (Testut.)

L'irritation, partant de l'utérus, est évidemment transmise par des nerfs centripètes, des nerfs sensibles, qui sont mêlés aux filets du sympathique ; mais le point de départ lui-même de cette irritation est plus difficile à découvrir. L'on sait, en effet, que l'utérus n'est doué que d'une faible sensibilité la plupart du temps ; parfois, cependant, le toucher pratiqué sur un point très limité du col peut déterminer une douleur intense.

Des filets nerveux parviennent donc au col ; ils seraient plus nombreux que pour le corps, d'après Kilian.

Le professeur Richet, qui a étudié, d'une façon spéciale, l'innervation de l'utérus, a pu suivre quelques filets jusque vers le milieu de la hauteur du col, mais n'a pu les suivre jusque dans les lèvres elles-mêmes. Ils doivent cependant y parvenir quelquefois, car l'on ne saurait expliquer autrement la névralgie localisée du museau de tanche ; mais normalement cette partie du col est très peu sensible ; l'orifice interne, au contraire, reçoit toujours des filets nerveux ; ce sera donc souvent de cette partie de l'organe que proviendra l'irritation.

Comme le dit Bonvalot dans sa thèse, la sensation partie de l'utérus peut avoir comme résultat soit des phénomènes d'excitation, soit au contraire des phénomènes d'inhibition. Il y a phénomènes d'excitation lorsque la sensation transmise par les nerfs centripètes partant de l'utérus, est peu intense et ne dépasse pas l'un des centres moteurs de l'organe ; il y a phénomène d'inhibition lorsque l'excitation, ayant pour point de départ l'utérus, est suffisamment vive pour se propager au delà.

Dans des circonstances physiologiques particulières l'excitation provenant de l'utérus pourra donner lieu à des phénomènes réflexes inhibitoires.

Il faut admettre que la distension brusque de l'utérus par le liquide ou bien son excitation agit sur les nerfs même de cet organe, et par réflexe sur ceux de la cavité abdominale, de façon à provoquer de véritables névralgies. Mais parfois aussi une syncope survient et la vie de la femme est alors très menacée. Dans ces cas l'impression partie de l'utérus est transmise par la moelle jusqu'au bulbe. Or, comme l'a dit Brown-Sequard, « c'est surtout dans les cas de piqûre du bulbe, au niveau du point vital (bec du calamus), qu'on observe à un haut degré les phénomènes de la mort par inhibition. Mais une émotion, de même qu'une plaie ou d'autres lésions du bulbe ou de toute autre partie du système nerveux peut aussi causer cette espèce de mort.

Celle-ci survient dans ces cas par syncope cardiaque, syncope respiratoire et aussi syncope par arrêt des échanges gazeux ; mais bien que les deux premières soient souvent associées, c'est la syncope cardiaque qui est de beaucoup la plus importante (F. Frank).

Tout ce qui affecte l'utérus peut retentir sur le cœur. Un de ces types, le type syncopal, renferme « tous les degrés de la défaillance cardiaque depuis la lipothymie jusqu'à la syncope complète ». Celle-ci peut aller jusqu'à la mort subite.

L'arrêt du cœur peut être amené par l'afflux sanguin exagéré dans les vaisseaux abdominaux. Le sang faisant irruption dans les vaisseaux des cavités abdominales et pelviennes, lorsqu'elles sont dégagées de toute pression par exemple, est soustrait en trop grande quantité au cerveau et au cœur, et une syncope peut survenir.

Les causes qui favorisent la syncope ne tiennent pas uniquement au tempérament de la femme et les circonstances viennent favoriser le réflexe.

L'injecteur vulgaire est le plus souvent employé pour l'avortement criminel. Supposons un col normal et qu'à cause de la brièveté de la canule l'extrémité de celle-ci ne soit appliquée ou ne pénètre que très légèrement dans le col. Si alors on presse vigoureusement la boule de l'injecteur, le canal cervical pourra être très brusquement dilaté ; cette violence retentira sur toute la longueur du col, et particulièrement sur son orifice interne ; or, nous savons que le col et surtout cette dernière partie, reçoivent des filets nerveux que le Pr Richet a pu suivre.

Tardieu et Tourbes attribuent les accidents nerveux à une douleur excessive. Cette explication ne suffit pas, car des femmes ayant eu ces symptômes avaient à peine souffert. L'émotion, la crainte des femmes qui arrivent se soumettre à des manœuvres abortives, peuvent, pour une certaine part, contribuer à l'apparition de ces accidents. La période digestive joue cependant un rôle important chez des individus à adhérences pleurales ; il surviendra alors des congestions de l'œdème. L'état de plénitude de l'estomac agit en entravant la circulation, comme le dit Mallen. Tarchanoff a montré que l'excitation des plexus abdominaux déterminait plus facilement l'arrêt du cœur.

Cet arrêt surviendra plus vite dans un organisme affaibli, par la misère physiologique.

Il est possible cependant que la mort subite soit quelquefois un accident révélateur d'une tare névropathique comme le dit Cullère : cet auteur conclut que la mort subite peut se rattacher souvent à une dégénérescence héréditaire.

Conclusions. — La cause d'une mort subite quelconque ne peut être décelée le plus souvent que par l'autopsie ; dans ce cas, celle-ci pourra faire découvrir des lésions anciennes ou récentes ou au contraire n'en montrer aucune.

Parfois, ces lésions sont assez importantes pour avoir provoqué la mort, mais parfois aussi elles sont légères ; quelquefois il n'en existe aucune. Dans ce cas la mort est attribuable à l'inhibition.

Lorsque l'expert auquel la justice a demandé si des manœuvres abortives ont été pratiquées, et si elles ont pu entraîner la mort, ne découvre à l'autopsie aucune lésion, il devra seulement répondre : 1° que la tentative d'avortement a pu avoir lieu, sans l'affirmer ni le nier ; 2° qu'il est possible que la mort ait été provoquée par un réflexe inhibitoire ayant l'utérus comme point d'origine.

Ce réflexe inhibitoire est dû à une susceptibilité particulière, momentanée, de la femme, et cette susceptibilité est parfois favorisée par certaines circonstances.

Quelquefois, enfin, l'on demandera au médecin légiste si la victime a pu se faire avorter elle-même. Celui-ci devra alors se contenter de répondre que l'on cite des exemples de ce fait, et exposera les circonstances qui, dans le cas particulier ont pu favoriser ou entraver les manœuvres abortives.

Tout ouvrage dont il sera envoyé deux exemplaires sera annoncé et analysé s'il y a lieu.

R. PICHEVIN, *Directeur-Gérant.*

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE DAIX FRÈRES.
Maison spéciale pour Journaux et Revues.



SOMMAIRE

QUELQUES REMARQUES GÉNÉRALES
A PROPOS DU TRAITEMENT DES MÉTRITES [1]

Par M. OZENNE, chirurgien de Saint-Lazare.

—

Après les communications fort instructives de MM. Lutaud, Reynier, Verchère, Nitot et Beurnier sur le traitement des métrites, je ne reviendrai aujourd'hui sur ce sujet que pour en souligner quelques points ayant trait en particulier aux échecs thérapeutiques et à la ligne de conduite qui peut les prévenir.

Si l'on ne tenait compte que de la multiplicité des médications qui, depuis une vingtaine d'années, ont succédé à la cautérisation du timide crayon de nitrate d'argent, on serait tenté de soutenir que la guérison des inflammations utérines est d'une extrême difficulté. Toute légitime que paraît être cette assertion, elle est certainement trop absolue.

Si la guérison entière et durable d'une métrite semble parfois si difficile à obtenir, cela me paraît dû à ce que le traitement est insuffisant dans beaucoup de cas. Trop souvent ce n'est pas une métrite que l'on soigne par des moyens qui en viendraient à bout, c'est une malade que l'on traite en commettant fréquemment la faute de faire des concessions de pratique, qui empêchent d'appliquer entièrement ce qui est nécessaire pour arriver à une cure complète.

C'est ainsi qu'au lieu d'exiger un repos complet au lit, on ne le conseille que les jours où l'on intervient sur la matrice, c'est-à-dire une ou deux fois par semaine. Le reste du temps la malade marche, se promène, se fatigue ou prend du plaisir, confiante dans des injections vaginales, qui n'ont d'autre effet que de nettoyer le vestibule sans agir sur le sanctuaire infecté.

Une métrite ne peut disparaître dans de telles conditions. Le traitement doit être continu, poursuivi sans interruption et appliqué de telle façon qu'il s'attaque à tous les points de l'organe malade, aussi bien en profondeur qu'en surface.

Ne pas se conformer à cette dernière prescription. c'est aller au-devant d'un échec qui, pour n'être pas immédiat, n'en apparaît pas moins sûrement. C'est là l'explication de ces pseudo-récidives qui ne sont, en réalité, que la continuation de la maladie après quelques semaines ou quelques mois d'amélioration.

N'est-ce pas ce que l'on apprend encore chaque jour de malades qui, pourtant, ont été traitées assez régulièrement pendant plusieurs semaines, mais d'une manière insuffisante ? Ces malades ont bien consenti à interrompre momentanément leurs occupations ordinaires. Toute cause, capable de détruire les effets de la médication locale, a été écartée ; mais cette médication n'a été que superficielle.

On a usé des cautérisations solides ou liquides, des crayons modificateurs, des injections, des ovules, du tamponnement vaginal antiseptique. Qu'en est-il résulté ? Quelques modifications heureuses assurément, mais elles n'ont été que de courte durée. Et à quoi faut-il attribuer ces insuccès ? D'une part, à l'absence de dilatation suffisante et aux déviations de l'utérus, qui s'opposent à ce que toutes les parties de la muqueuse puissent être atteintes et, d'autre part, au peu d'intensité des caustiques qui n'agissent que sur la couche superficielle.

(1) Communication à la Soc. de Méd. et Chir. pratiques, 6 janv. 1898.

C'est l'histoire de ces mauvaises herbes, dont on débarrasse momentanément les champs par la faux, sans en détruire les racines : un peu de pluie et de soleil les fait bientôt repousser. C'est l'histoire de ces bourgeons charnus qui, obstruant les trajets fistuleux, sont cautérisés et détruits ; la voie est déblayée, mais le fond du trajet n'a pas été touché ; aussi, la lésion persistant, ces bourgeons ne vont pas tarder à reparaître

Ainsi il en est de beaucoup de métrites, à l'égard desquelles la méthode de traitement a été insuffisante. En réalité il n'y a eu qu'une guérison apparente. Un retour offensif apparaît sous peu de temps, et contre lui on tente une nouvelle thérapeutique.

Telle est, nous semble-t-il, l'une des raisons qui nous explique l'apparition, chaque année, de nouveaux produits pharmaceutiques, à l'actif desquels on enregistre des guérisons. Pour les uns, c'est l'espoir du succès qui renaît ; pour d'autres, c'est une occasion de préconiser un agent, dont les propriétés curatives paraissent évidentes.

Tous les topiques employés contre les métrites ont donné de bons résultats ; tous ont fourni des insuccès. Faut-il en conclure qu'ils ne doivent plus servir qu'à l'historique de la question ? Ce serait une manière injuste d'en méconnaître la valeur, car ce n'est pas le topique qui est coupable, c'est la façon de l'appliquer qui a été fautive.

La plupart de ces topiques, ont, en effet, une action qu'il suffit de savoir utiliser suivant les cas. En les employant à propos et scientifiquement, on évite les échecs inhérents à toute méthode qui généralise un traitement unique et je suis bien convaincu que je ne suis pas le seul à mettre en suspicion les excellents résultats soi-disant obtenus, dans tous les cas, par une telle manière d'agir.

Comme nous l'ont répété avec raison MM. Reynier et Verchère, soyons éclectiques dans le choix de nos moyens d'action, aussi bien contre la métrite que contre toute autre affection et surtout n'oublions pas que « Qui veut la fin, veut les moyens ». A ce prix est attachée la guérison.

Je ne reviendrai pas aujourd'hui sur les quelques données générales, qui nous ont été exposées dans les précédentes séances. Sur la plupart des points de la question, je ne me sépare pas de mes collègues, mais il me semble, puisque nous ne devons envisager que la thérapeutique des métrites, qu'il y a intérêt à ne pas en multiplier les variétés.

Dans leurs très intéressantes communications, MM. Lutaud et Verchère nous ont déjà signalé les avantages qui résultent de cette simplification. Inutile donc d'insister davantage, et voyons quelles sont les notions auxquelles doit être subordonnée notre conduite thérapeutique.

Il en est deux qui priment toutes les autres et qui, à elles seules, suffisent pour nous permettre d'instituer un traitement qui sera suivi de succès, si l'on a soin d'en faire une application méthodique et rigoureuse.

L'une de ces notions est d'ordre pathogénique ; *c'est la notion d'infection*. L'autre est d'ordre clinique : *c'est la notion d'évolution*. Toutes les deux dérivent de l'observation, qui nous a révélé que toute métrite est infectieuse et se caractérise par des phénomènes aigus. subaigus ou chroniques.

Le caractère infectieux des inflammations utérines qui, pendant quelque temps, n'a été qu'une présomption, a été nettement démontré dans ces dernières années. L'origine microbienne n'est plus guère discutée. Les éléments infectieux peuvent varier, être doués de virulence plus ou moins accentuée, produire des lésions différentes, donner lieu à des réactions, qui seront tantôt locales, tantôt générales et qui, par suite, présenteront une gravité variable, il n'en reste pas moins reconnu que l'utérus a été inoculé et qu'il y a infection.

L'indication est donc de le désinfecter.

Pour réaliser cette désinfection il est divers moyens, dont le choix devra être subordonné à l'évolution de la métrite. L'affection est-elle aiguë, subaiguë ou chronique ? C'est la seconde notion que nous devons acquérir, ce qui, en général, est assez simple.

Cela fait, on est assez renseigné pour agir, puisque l'on est en possession des deux seules notions nécessaires en ce qui concerne la question de thérapeutique, bien qu'il n'entre nullement dans ma pensée de méconnaître l'utilité, à d'autres

points de vue, des divisions étiologiques et anatomo-pathologiques, que toute étude des métrites comprend généralement. Traitement de la métrite aiguë, de la métrite subaiguë et de la métrite chronique : c'est ainsi que je vais envisager la question, en considérant l'utérus comme un organe indivisible en segments distincts, l'individualité du corps ou du col étant loin d'être absolue et en éliminant du cadre de l'affection ce que l'on désigne sous le nom de métrite hémorragique, l'hémorragie n'étant, dans la grande majorité des cas, qu'une manifestation d'états pathologiques, dans lesquels la métrite, quand elle existe, n'occupe qu'une place secondaire.

TRAITEMENT DE LA MÉTRITE AIGUE.

Il est inutile d'insister beaucoup sur les moyens curatifs dirigés contre les accidents aigus de la métrite, quelle que soit la nature réelle de ces accidents (lymphangite, etc..). L'accord est à peu près général entre tous les gynécologues et, quoique les moyens employés offrent quelques différences, ils n'en représentent pas moins, dans leur ensemble, une ligne de conduite à peu près la même pour chacun de nous.

Toutefois, on a l'habitude de comprendre sous la dénomination de métrite aiguë puerpérale les accidents infectieux qui, parfois, suivent les accouchements et les avortements. Il y a là une erreur de fait et de langage. On est en présence d'accidents particuliers de septicémie, à forme plus ou moins grave, mais ces accidents n'ont rien de commun avec des symptômes de métrite.

Une plaie utérine existait, des inoculations se sont produites, une suppuration s'est établie et une infection locale, ou locale et générale tout à la fois, est survenue. En pareille circonstance, on a affaire à une sorte de toxémie, dont le point de départ a été l'utérus, il est vrai, mais dont les manifestations principales ne présentent aucune analogie avec celles d'une métrite ordinaire. Il s'agit, en réalité, d'une véritable infection, d'origine puerpérale, réclamant un tout autre traitement que celui qui est généralement applicable à la métrite aiguë.

Cette réserve faite, à toute femme atteinte d'inflammation aiguë on prescrira le repos au lit, les injections ou mieux les irrigations vaginales antiseptiques chaudes, que l'on renouvellera plusieurs fois dans la journée, en les prolongeant une heure au moins à chaque séance. Ces irrigations remplissent le même but que les bains de siège, conseillés par quelques auteurs, et ont, sur ces derniers, cet avantage de ne pas déplacer la malade, ce qui n'est pas à dédaigner dans la circonstance.

Au bout de quelques jours les irrigations pourront être remplacées par une grande injection chaude, faite le matin et suivie d'un tamponnement vaginal à la gaze, dont l'extrémité, imbibée d'un glycérolé antiseptique, reposera sur le col.

Pour quelques médecins le processus infectieux (dans la blennorragie en particulier) serait parfois limité à la région cervicale et dans ce cas ils conseillent de faire des attouchements et des badigeonnages intra-cervicaux avec un liquide légèrement caustique.

Ces manœuvres me paraissent inutiles, sinon nuisibles ; car, de deux choses l'une : ou bien il n'y a que de la vaginite avec cervicite externe et alors les injections et le tamponnement vaginal suffisent ; ou bien il y a de la métrite avec envahissement de la totalité de la muqueuse et alors les cautérisations intra-cervicales sont insuffisantes.

Dans ce dernier cas on a conseillé d'avoir recours, lorsque les phénomènes inflammatoires des premiers jours se seront amendés, aux lavages intra-utérins de sublimé ou de permanganate de potasse, pratiqués avec la sonde à double courant, si son introduction n'est pas trop difficile. A cette phase de la maladie je suis peu partisan de l'emploi des crayons et des caustiques, par cela même qu'ils n'intéressent pas tous les points de la cavité utérine incomplètement dilatée et, ai-je à peine besoin de le dire, je suis absolument opposé au curettage qui expose à une aggravation de l'infection et favorise les propagations. Quant aux injections de vapeur de brome, dont M. Nitot nous a entretenus, je n'en ai nulle expérience et ne puis que théoriquement en approuver la conception.

Comme complément de la médication locale, on aura soin d'entretenir sur le ventre un certain degré de chaleur au moyen de compresses chaudes humides le jour, et de coton la nuit. C'est un moyen qui donne de meilleurs résultats que l'emploi de la glace, dont l'indication est tout autre.

En ajoutant les dérivatifs intestinaux, les calmants sous forme de suppositoires ou de lavements, les alcalins et les diurétiques contre les troubles vésicaux, j'aurai ainsi rapidement résumé les moyens les plus usuels, dont nous disposons contre la métrite aigue.

TRAITEMENT DE LA MÉTRITE SUBAIGUE.

C'est avec intention que, contrairement à quelques classiques, je mentionne spécialement cette forme inflammatoire intermédiaire, que l'on fait rentrer, peut-être trop souvent, dans le cadre des métrites chroniques. Assurément, elle nous échappe fréquemment, car nombre de malades ne se décident à subir le spéculum qu'après une longue période d'inondation leucorréique. Mais combien de fois aussi n'est-elle pas la suite d'un traitement incomplet et pas assez prolongé après les accidents aigus de l'inflammation primitive !

Ces accidents ont été combattus, la vaginite concomitante a cédé au bout de plusieurs semaines, la sécrétion utérine est presque éteinte, mais, sans plus s'inquiéter de ce reliquat qui va, plus tard, constituer la chronicité, s'il n'est pas le point de départ de complications annexielles, on donne carte blanche à sa malade en ne lui recommandant que l'usage quotidien d'injections anodines.

Un pareil fait n'est malheureusement pas exceptionnel et il est d'autant plus regrettable, qu'à cette période de l'affection il est, en général, facile d'en faire disparaitre toute trace, les lésions n'ayant pas encore dépassé la couche muqueuse.

Contre ces lésions, les agents modificateurs et caustiques sont suffisants et il n'est nullement utile de recourir à la curette. Mais deux conditions sont nécessaires pour obtenir promptement la guérison : 1° Il faut que la muqueuse utérine soit unie, déplissée et le plus possible tendue, de façon à ce qu'aucun point de sa surface n'échappe à l'action modificatrice du liquide caustique et pour cela, la dilatation s'impose. 2° Il faut que le traitement ne subisse pas d'interruption et que, chaque jour, on agisse sur la muqueuse, le canal utéro-vaginal restant soumis à la plus stricte antisepsie.

Donc, la malade étant maintenue au lit, le traitement, commencé peu de jours après une période menstruelle, comprendra les temps suivants :

1° Dilatation lente et graduelle de l'utérus.
2° Nettoyage de la cavité.
3° Imprégnation de la muqueuse par des agents substitutifs.
4° Tamponnement utéro-vaginal.

On a déjà assez insisté sur ces différents temps de l'opération pour qu'il n'y ait nul besoin d'y revenir longuement. La dilatation doit être lente et graduelle, et non brusque, ce qu'on obtient avec les tiges de laminaire mieux qu'avec tout autre procédé. Elle sera aussi complète que possible et permanente, le temps nécessaire à la rénovation de la muqueuse.

La cavité largement ouverte, il sera aisé, chaque jour, de la nettoyer, de l'irriguer et de la débarrasser de ses sécrétions, manœuvres que l'on fera suivre d'attouchements ou mieux de badigeonnages antiseptiques et légèrement caustiques et d'un tamponnement utéro-vaginal avec de la gaze antiseptique. Pour réaliser ces derniers temps du traitement, les liquides antiseptiques et les topiques les plus variés ont été employés. Ils comptent, chacun d'eux, des succès et des revers, ce qui n'a pas lieu de surprendre, si l'on songe de quelle façon ils sont parfois appliqués.

Aussi j'avoue ne pas attacher une très grande importance au choix de ces agents modificateurs. Pourvu qu'ils soient rationnellement maniés, ils sont, les uns et les autres, capables de fournir d'excellents résultats. J'ai bien souvent fait usage de la teinture d'iode, de l'acide phénique, du coaltar, de la créosote, du sublimé, du nitrate d'argent, du chlorure de zinc, etc...., sans avoir remarqué les inconvénients que l'on reproche à ces deux derniers.

Depuis plusieurs années, j'ai eu souvent recours à la glycérine ichthyolée à 1/10, à la glycérine au traumatol et à la solution de bleu de méthylène à 2/100, dont les effets m'ont semblé plus rapides. Mais, quel que soit l'agent utilisé, l'important est d'atteindre tous les points de la muqueuse et de renouve-



ler les séances tous les 2 ou 3 jours pendant deux ou trois septenaires.

Le drainage utéro-vaginal doit être combiné avec les précédentes pratiques ; il en est un adjuvant d'indiscutable valeur, ainsi que cela est généralement reconnu, et, sans vouloir déprécier les différents drains en métal, en caoutchouc, en crins de Florence, que l'on a préconisés, je n'en connais pas de meilleur que la gaze antiseptique, découpée en lanières avec lesquelles on entretient en même temps la dilatation. Ce drainage sera renouvelé après chaque lavage et attouchement tous les deux ou trois jours suivant la nécessité.

Ainsi traitée toute métrite subaiguë, exempte de complications, guérira en 15 ou 20 jours, résultat que l'on n'obtient pas aussi rapide et aussi complet, lorsque le traitement n'est pas régulièrement appliqué.

Traitement de la métrite chronique.

Contre la métrite chronique on a préconisé de nombreuses médications, sur l'efficacité desquelles il y aurait certainement lieu de faire quelques réserves.

Ces médications ont été groupées sous trois chefs : l'abstersion antiseptique de l'utérus, la cautérisation intra-utérine et le curettage utérin. Nombreux sont les documents qui vantent l'excellence de chacune de ces méthodes thérapeutiques et certainement je ne les mettrai pas plus en doute que je n'accepterais avec la même foi la relation des échecs qu'elles ont parfois donnés.

Il est incontestable que des inflammations chroniques de l'utérus ont été avantageusement modifiées, soit par les simples cautérisations et les instillations sans dilatation préalable, soit par les injections intra-utérines médicamenteuses, les crayons antiseptiques et caustiques, les drainages après dilatation, soit encore par l'injection de vapeurs sèches ou humides, par la columnisation, par le massage ou par divers procédés électrolytiques ; mais ne savons-nous pas tous que, si un certain nombre de malades ainsi traitées ont été radicalement guéries, il en est d'autres assez nombreuses qui ne l'ont été que momentanément.

La période d'accalmie a pu être plus ou moins longue ; il s'est évidemment produit une amélioration locale et générale, mais la guérison n'a jamais été parfaite et, ce qui le prouve, c'est le retour de ces malades dans un cabinet de consultation ancien ou nouveau.

Je veux bien admettre que ces insuccès dépendent moins de la méthode thérapeutique employée que des circonstances forcées (absence de repos complet, dilatation insuffisante, irrégularité des pansements) qui ont apporté des obstacles à la liberté d'agir du médecin, mais les faits n'en sont pas moins patents. J'en ai vu, pour ma part, un certain nombre ; j'en ai constaté des exemples dans ma pratique personnelle. Cependant, je le répète, je ne conteste nullement les succès que les cautérisations et le tamponnement intra-utérin peuvent procurer. M. Lutaud a fait l'apologie de ce traitement avec pièces à l'appui et de la façon méthodique et scientifique qu'il l'applique, je ne suis nullement surpris des résultats qu'il obtient et cela d'autant moins qu'il a dû s'adresser à un certain nombre d'affections subaiguës. MM. Reynier et Beurnier s'en sont également fait les défenseurs. D'autres prendront encore parti pour cette méthode et moi-même j'agirai encore de même à l'avenir, quand on me refusera le curettage. Mais en présence des insuccès assez fréquents consécutifs à la thérapeutique caustique et des guérisons que donne le curettage, *lorsqu'on a soin de ne pas abandonner l'utérus à lui-même aussitôt après l'opération*, j'avoue donner la préférence à cette intervention.

Je passe sous silence les attaques que l'on a dirigées contre elle et les méfaits dont on l'a accablée. Certes M. Reynier a grandement raison de rappeler qu'on en a abusé et qu'elle peut être, dans certaines circonstances, la cause de complications annexielles. Mais ces paroles doivent-elles être une condamnation de la méthode ? Nullement, elles n'en condamnent que l'abus et la mauvaise application et je suis convaincu que notre collègue se fût montré moins sévère à son égard, si ses esprits n'eussent été prévenus par des échecs, non personnels, qui ne sont pas imputables à l'intervention.

M. Verchère, à ce propos, a déjà insisté sur les fautes d'antisepsie trop souvent commises et par suite dangereuses. Il nous a rappelé que l'opération ne doit pas être pratiquée quand, avec la métrite, existe une salpingite suppurée, mais seulement une salpingite suppurée, car, comme lui, j'ai vu le curettage avoir une heureuse influence sur certaines salpingites parenchymateuses. Bref, notre collègue nous a montré quel bénéfice on pouvait en attendre, lorsqu'on est bien pénétré de cette idée que ce que l'on va faire est une opération, pour laquelle aucune précaution antiseptique ne doit être négligée.

J'ajouterai encore que l'une des conditions de succès, et non la moindre, réside dans l'*exécution des soins post-opératoires*. On a trop de tendance à croire que la curette fait tout et est suffisante et qu'un ou deux pansements consécutifs sont seuls nécessaires. C'est à l'insuffisance de ces soins qu'il faut attribuer les revers dont on charge l'opération. Le vrai coupable, c'est l'opérateur.

Aussi, pour prévenir un échec, je prolonge ainsi le traitement. Lorsque le curettage est terminé et lorsqu'entre deux irrigations un écouvillon a été passé dans la cavité utérine, de façon à la débarrasser des débris muqueux encore adhérents, j'en touche toute la surface avec un tampon de coton imbibé du mélange suivant :

Glycérine........................	} ââ 5 gr.
Créosote..........................	}
Acide acétique...................	3 à 5 gr.

Par son action caustique, l'acide acétique peut encore agir sur les points échappés à la curette et son adjonction aux deux premières substances provoque la disparition plus rapide des sécrétions. Un tamponnement utéro-vaginal à la gaze complète le pansement.

Ces pansements seront renouvelés tous les deux jours pendant une semaine et, dans la suite, jusqu'à l'époque des règles, on continuera les lavages et les tamponnements, également tous les deux jours et aussi longtemps que possible dans l'utérus, sans nouvel attouchement avec le mélange caustique. La cure comprend une vingtaine de jours dans le repos au lit ou à la chambre il est vrai, mais avec la presque certitude d'être complète.

Notons, en terminant, que chez quelques femmes, il sera nécessaire de réparer le col par telle ou telle opération anaplastique suivant la lésion et que, chez la plupart d'entre elles, on devra se préoccuper de l'état général, soit pour le tonifier, soit pour le soumettre à l'action bienfaisante d'une eau thermale, dont il ne faut pas exagérer l'importance plus qu'il n'en faut méconnaître l'utilité.

Pour résumer en quelques lignes ces remarques sur le traitement des métrites, nous dirons :

Les échecs thérapeutiques sont dus bien souvent à l'insuffisance du traitement non continu ou trop peu prolongé.

Ce traitement doit être local et général. Il sera ininterrompu et approprié à chaque variété clinique de l'affection.

La métrite aiguë est justiciable de la médication antiphlogistique, résolutive et antiseptique.

La métrite subaiguë sera traitée par les agents modificateurs et caustiques combinés avec le drainage après dilatation de la cavité utérine.

La métrite chronique sera également traitée par les mêmes moyens, si l'on ne peut mettre en pratique le curettage, suivi de cautérisations pendant une semaine et de lavages et de tamponnement utéro-vaginal pendant 12 à 15 jours.

DU CHOIX DE L'INTERVENTION

DANS LE TRAITEMENT DU CANCER UTÉRIN

Par le docteur Rouffart.

Lorsqu'on a préconisé l'hystérectomie vaginale dans le traitement du cancer utérin, on espérait voir les malades recueillir de grands bénéfices d'une opération qualifiée de radicale. Aujourd'hui que les résultats opératoires et tardifs de cette intervention ont été examinés avec soin, on constate que le progrès réalisé n'est pas considérable. Si l'on recher-



che pourquoi les résultats n'ont pas été plus brillants, on est frappé tout d'abord par ce fait que toutes les femmes atteintes de carcinome utérin opérable ont été soignées de la même façon et que toutes, ou presque toutes, ont subi la même opération.

Que l'affection soit limitée à une petite portion du col utérin, ou qu'elle ait envahi le col tout entier, que le vagin soit entrepris, que les ligaments larges soient à leur base le siège d'une prolifération cancéreuse, c'est toujours à l'hystérectomie vaginale que l'on a recours, et cependant elle ne peut donner de bons résultats que si l'on a affaire à *un cancer au début*. Les lésions doivent être très limitées : une simple ulcération au niveau de l'orifice du col, ou bien un ou plusieurs noyaux qui soulèvent la muqueuse à la surface externe, ou bien encore une induration avec érosion dans la cavité du col. D'une façon absolue, il faut que le cancer soit bien limité, qu'il n'ait envahi qu'une petite portion de l'organe, tandis que la souplesse des culs-de-sac vaginaux persiste complète.

Voilà quelles sont les véritables indications de l'hystérectomie vaginale, et, dans ce cas, c'est une bonne opération.

Mais en pratique, nous nous trouvons bien rarement dans des conditions aussi favorables ; il est exceptionnel de rencontrer des lésions si peu étendues ; et pourtant il n'y a pas d'opération plus souvent proposée que l'hystérectomie vaginale, dans le cancer.

Quand les malades viennent consulter le chirurgien, le moment de l'opération radicale par le vagin est le plus souvent passé : le col est détruit, la tumeur est considérable, les culs-de-sac vaginaux sont indurés et les éléments de la tumeur se sont propagés dans les lymphatiques de la région. Obtenir la cure radicale du carcinome en enlevant l'utérus par la voie vaginale n'est plus possible ; c'est à une autre intervention qu'il faut recourir : l'extirpation de l'utérus par la voix haute.

Par l'abdomen, on pourra enlever la matrice atteinte de cancer, évider les ligaments larges, poursuivre le mal dans les ganglions éloignés et réséquer le vagin. Ce *modus operandi* est celui que nous choisissons lorsque le cancer est à la période d'état, qu'il a détruit en partie le col, que l'ulcération s'étend largement, qu'elle affleure aux culs-de-sac, que le vagin est entrepris ou que la base du ligament large est envahie. Dans la plupart des cas, de telles lésions coexistent avec toutes les apparences extérieures de la santé. La malade déclare perdre un peu de sang depuis quelques mois. Elle n'y a d'abord pas fait grande attention ; elle ne s'inquiète que parce que les pertes continuent ; elles sont formées tantôt par un liquide jaunâtre, sanieux, tantôt par du sang pur ; la fréquence de ces phénomènes et surtout l'apparition de douleurs, symptôme qui dénote que l'affection a dépassé l'utérus, conduisent la malade à consulter le médecin. Les femmes, pour diverses raisons, ne se décident que fort tard à se confier à un spécialiste. Aussi la laparo-hystérectomie sera-t-elle indiquée bien plus souvent que l'intervention vaginale.

Lorsque, à la Société de gynécologie, j'ai, en juillet dernier, défendu cette manière de voir, nous nous sommes attachés, feu M. le Dr Cittadini et moi, à faire ressortir que cette opération ne doit pas être faite seulement à titre d'exception, quand les masses cancéreuses ayant envahi tout le petit bassin, le chirurgien doit se livrer à une dissection laborieuse sans grande chance de succès. Dans mon esprit, la laparo-hystérectomie doit remplacer l'extirpation vaginale de l'utérus dans la plupart des cas, et je viens d'essayer d'en donner les indications générales.

Un fait qui a frappé tous ceux qui ont fait un certain nombre d'hystérectomies vaginales contre le cancer, est l'influence de l'âge. Chez les femmes qui ont atteint l'âge de 30 ans, les effets curatifs de l'opération sont déplorables ; l'opération vaginale ne leur est d'aucun secours et le cancer continue son évolution fatale. Dans un article récent, Bouilly (1) s'exprime ainsi :

« Chez les jeunes femmes, avant 30 ans, et dans les quelques années qui suivent cette période, les résultats thérapeutiques sont absolument mauvais ; la lésion récidive d'une façon presque immédiate ou, pour mieux dire, semble se continuer ; le bourgeonnement cancéreux se reproduit avant même la cicatrisation de la plaie opératoire. Le bénéfice est nul ; aux symptômes de la lésion primitive succèdent presque sans intermède les symptômes de la lésion récidivée.

« A cet âge, alors même que les conditions locales paraissent les plus favorables, la néoplasie épithéliale a une telle activité qu'elle a déjà envahi les lymphatiques des ligaments larges ou les tissus péri-utérins, sans qu'aucun signe clinique puisse faire soupçonner ni reconnaître cet envahissement. Les tissus, en apparence sains, sur lesquels porte l'ablation, sont sans doute déjà histologiquement malades. La rapidité de la récidive ne peut guère s'expliquer autrement. Pareille rapidité de développement et de propagation du cancer utérin s'observe au cours de la grossesse et après l'accouchement, et le pronostic, en pareil cas, est tout aussi mauvais que chez les toutes jeunes femmes. »

La manière dont Bouilly explique la récidive rapide du cancer utérin chez les jeunes femmes, est à retenir. Si l'affection prend un nouveau développement parce que les tissus envahis par la néoplasie n'ont pas été extirpés en totalité dans l'hystérectomie vaginale, il y a lieu d'entreprendre chez une femme jeune, offrant par conséquent une résistance considérable, une opération peut-être laborieuse, mais au cours de laquelle on peut poursuivre le cancer dans toutes les parties où il s'est développé. La laparotomie permettra d'enlever l'utérus, d'extirper les ganglions suspects avec le tissu cellulaire rempli de vaisseaux lymphatiques, et, dans ces conditions, on est en droit d'espérer une guérison plus complète, une survie plus longue.

Soit dit en passant, il ne faut pas confondre la force de résistance d'une malade avec le développement du tissu adipeux, qui, lui, est une gêne pour opérer.

L'embonpoint des malades peut être une contre-indication à l'ouverture de l'abdomen ; l'épaisseur des parois, qui atteint parfois 10 à 15 centimètres, empêche d'arriver facilement dans le pelvis, et le but de l'opération n'est pas atteint. Une autre raison fait encore rejeter dans ces cas une intervention quelque peu longue et délicate : c'est l'état du cœur qui, chargé de graisse, faiblit après l'opération et cause la mort de la malade après qu'on a espéré une guérison pendant cinq ou six jours.

Une autre contre-indication à la laparotomie réside dans l'âge avancé de la malade. Après 60 ans, le cancer utérin affecte une marche relativement bénigne, et le début dans ces cas est toujours insidieux ; de sorte que si, d'un côté, les lésions sont ordinairement trop avancées quand on examine ces malades pour pouvoir, avec quelque chance de succès, faire encore l'hystérectomie vaginale, de l'autre, on peut, grâce à la lenteur du développement de la tumeur, s'en tenir au traitement palliatif. Une opération, indiquée parfois dans ces cas, est l'opération de Byrne, qui ampute le col à l'aide de l'anse galvanique et qui, dernièrement encore, a défendu avec conviction la valeur de son procédé.

Je viens d'établir nettement ce qui sépare ma pratique de celle de Pryor, qui réserve principalement la voie haute pour les cas dits inopérables, pour toutes les récidives après hystérectomies, et quand les ganglions pelviens sont entrepris. C'est dans des cas semblables que, pour opérer à blanc, ce chirurgien fait comme manœuvre préliminaire la ligature des iliaques internes. En présence d'un cancer arrivé à ce degré, faut-il imiter le chirurgien américain ? Je ne le pense pas.

Il ne faut pratiquer une laparo-hystérectomie que si l'on a l'espoir de pouvoir enlever tout le tissu malade. Autrement l'intervention n'a que la valeur d'une opération palliative et le bénéfice à en retirer n'est pas en rapport avec le danger immédiat que l'on fait courir à la malade.

J'ai fait assez grande la part de la laparo-hystérectomie dans le traitement du cancer utérin pour ne pas compromettre son avenir en l'appliquant à des cas où la mortalité sera forcément très grande et où le service rendu sera minime. C'est dans les cas où, abusivement à mon avis, on emploie la voie vaginale, que la laparotomie trouvera ses indications. La justification d'une opération de cette importance se trouve dans le mode de généralisation de ces tumeurs, qui forment des embolies néoplasiques dans les vaisseaux lymphatiques circonvoisins, avant même que les ganglions de la région soient entrepris. Rien ne révèle à l'opérateur ces métastases

(1) *Semaine Gynécologique*, 11 mai 1897, p. 149.

cancéreuses, et s'il n'excise pas largement les tissus qui entourent le cancer et le territoire lymphatique suspect, il reste dans la plaie le germe d'une récidive ou mieux une portion même du néoplasme qui continuera son évolution après le traumatisme opératoire. De plus, dans l'hystérectomie vaginale, on est parfois forcé de laisser en place des nodules cancéreux développés dans les ligaments larges, parce qu'ils se trouvent en dehors du *champ opératoire* limité de cette intervention.

Enfin, pendant les manœuvres opératoires, on peut greffer sur les tissus cruentés ou érodés des cellules encore vivantes du néoplasme.

La voie haute met bien mieux que l'opération pratiquée par le vagin, à l'abri de ces causes de récidive qui dépendent de la nature même du néoplasme.

On arrivera plus facilement à réséquer les ligaments larges, à en enlever les tissus cellulaires, à vérifier et à extirper les ganglions lymphatiques. Le vagin et les organes atteints pourront facilement être amenés dans la plaie, et l'opérateur jugera du traitement qu'il doit leur faire subir. Les infiltrats du tissu cellulaire peuvent être éliminés ; enfin le champ opératoire peut plus facilement être débarrassé de tous débris de tumeurs qui pourraient faire greffe.

Dans la séance de la Société de gynécologie du 17 juillet dernier, après la lecture du beau travail de M. Cittadini sur cette question, M le Dr Jacobs s'est montré adversaire de cette tendance, à cause de la grande difficulté que présente l'opération, à cause du soin méticuleux que réclame l'intervention opératoire.

J'estime que le pronostic de l'hystérectomie abdominale se rapprochera de plus en plus de celui de l'hystérectomie vaginale, surtout si l'on ne se borne pas à faire, dans des cas extraordinairement difficiles, de la virtuosité chirurgicale, mais si, comme je le préconise, on pratique l'opération dans des cas à indications bien précises. La gravité de la laparo-hystérectomie ne peut aujourd'hui être discutée. Nous en sommes à la période de début ; nous n'avons guère pratiqué l'opération que dans les cas les plus défavorables, dans ceux qui s'écartent des indications telles que je les comprends.

Dès lors, les statistiques que l'on fournirait aujourd'hui ne pourraient éclairer la question. D'ailleurs, l'hystérectomie vaginale a aussi ses revers, et dans le travail que je citais plus haut, Bouilly, savant consciencieux autant que chirurgien habile, accuse une mortalité de 10 % dans une série de 127 opérations. Il ajoute :

« Le chiffre général de la mortalité est élevé et pourrait donner une fâcheuse idée de la gravité opératoire, s'il n'était pas interprété comme il doit l'être. Il est singulièrement exagéré du fait de la pratique des premières années, où la technique ni les indications n'étaient suffisamment connues ; il diminue au fur et à mesure de l'amélioration de ces conditions ; en 1895, 25 cas sont opérés avec un seul décès ; en 1896, 17 cas également avec une seule mort. Il est cependant nécessaire de faire remarquer la gravité relative de l'hystérectomie vaginale pour le cancer utérin, comparée à la bénignité de cette même opération dans le traitement des fibromes ou des lésions annexielles. Les cancéreuses utérines paraissent prédisposées à une série de complications post-opératoires que l'on n'observe pas dans les autres circonstances où l'on pratique l'hystérectomie vaginale. »

J'ai tenu à citer cette appréciation de Bouilly, parce que, dans ma pratique, j'ai fait la remarque inverse, et dans un petit travail paru en 1894 (1), je faisais ressortir la bénignité de l'hystérectomie dans le traitement du cancer. Mon opinion ne s'est pas modifiée à ce sujet : le pronostic opératoire reste favorable, mais le résultat thérapeutique est minime. C'est à modifier ce résultat thérapeutique que doivent tendre nos efforts, et puisque, scientifiquement, par la voie vaginale nous ne pouvons arriver à faire dans la plupart des cas une extirpation complète du néoplasme, nous devons recourir à une autre intervention plus logique et plus chirurgicale.

Au point de vue du manuel opératoire, la laparo-hystérectomie offre peu de particularités. Kelly pratique tout d'abord le cathétérisme des uretères, mais cette manœuvre ne m'a jamais paru nécessaire ; j'ai toujours pu trouver les uretères et les éviter facilement au cours de l'intervention ; je n'ai jamais pratiqué la ligature des iliaques internes avant d'attaquer la tumeur cancéreuse. Après les soins minutieux qui doivent nécessairement précéder une telle opération, je fais placer la malade dans la position de la taille, je fais un dernier lavage du vagin, j'enlève à la curette les bourgeons cancéreux et cautérise la surface au thermocautère, plusieurs fois ; dans le but de diminuer le temps pendant lequel le ventre devra rester ouvert, je profite de ce moment pour détacher au fer rouge le col utérin de ses insertions vaginales et je sépare la vessie de son adhérence à la matrice ; mais je n'ouvre pas les culs-de-sac péritonéaux. Cela fait, je place la femme dans la position de Trendelenburg, j'ouvre le ventre et place une compresse triangulaire qui recouvre les intestins, les garantit et est tenue en place par une longue pince à forcipressure introduite d'avance dans le cul-de-sac vaginal postérieur et qu'un mouvement fait pénétrer dans l'abdomen. L'opération se continue comme une hystérectomie ordinaire. L'utérus et la tumeur enlevés, on étale les deux feuillets péritonéaux des ligaments larges, on soulève le feuillet postérieur et l'on se trouve sur les vaisseaux hypogastriques, le long desquels sont situés les ganglions. On continue les recherches et l'on enlève tout ce qui parait suspect. On ferme le péritoine sans y laisser aucune ligature, aucun corps étranger, et l'on met tous ses soins à avoir un champ opératoire absolument net.

Cette opération doit être complète, c'est-à-dire que les investigations doivent porter sur tout le territoire lymphatique qui peut être suspect. Les ganglions iliaques lombaires doivent être examinés et enlevés, s'il y a lieu ; les ligaments ronds doivent être réséqués le plus loin possible.

Il faut plus de soin que d'habileté pour conduire à bien une telle intervention, et si elle n'est pas entreprise trop tard, la gravité de l'hystérectomie sera sensiblement la même, que ce soit par le ventre ouvert que se fasse l'opération, ou bien que ce soit la voie vaginale que l'on choisisse. Mais tout est là : ne pas opérer trop tard. C'était déjà un axiome pour l'hystérectomie vaginale, ce doit être aussi la règle de conduite pour l'opération par la voie haute. Si le moment opératoire est passé pour une extirpation totale vaginale ou abdominale des tissus cancéreux, il ne reste qu'à faire un traitement palliatif, qui lui-même est très important et à l'étude duquel nous procéderons dans un prochain article.

(*Journal médical de Bruxelles*, décembre 1897.)

(1) Indication et manuel opératoire de l'hystérectomie. (*Annales de la Société belge de chirurgie*, n° 3.)

REVUE ALLEMANDE

Mackenrodt. — DE L'EXTIRPATION DE L'UTÉRUS. (*Verhandlungen der Deutschen Gynäkoligischen Gesellschaft*, 1897.)

Il y a 55 ans Meissner, dans son célèbre Traité des maladies des femmes, déclarait que le traitement chirurgical du cancer de l'utérus était une opération impraticable ; aujourd'hui, cette opinion est absolument controuvée et l'extirpation totale par la voie vaginale est une opération peu meurtrière.

La cause des insuccès des anciens chirurgiens est imputable à l'imperfection des connaissances d'anatomie topographique ; ce sont là, en effet, des études qui doivent servir de base aux interventions chirurgicales.

Indiquée par Wenzel, tentée par Sauter, Gutberlet et Langenbeck, l'extirpation de l'utérus ne pouvait être pratiquée utilement que sous le couvert d'une hémostase satisfaisante. Un progrès fut d'ailleurs réalisé par Banner, G. V. Siebold, Récamier et Roux qui eurent l'idée d'étreindre les tissus utérins dans des pinces ou dans divers instruments plus ou moins ingénieusement conçus.

Dans la première moitié de ce siècle, l'extirpation totale de l'utérus ne se pratiquait que dans le cas de lésions cancéreuses, à l'exception toutefois de quelques cas d'inversion et de prolapsus des organes génitaux compliqués de gangrène.

La seconde période commence avec la modification de l'ancienne méthode de l'extirpation totale abdominale de Gutberlet et qui fut proposée par Freund en 1878.

Les déplorables résultats de cette méthode, malgré les avantages de la ligature préventive, provoquèrent la résurrection d'une autre méthode proposée jadis par Sauter et Récamier.

Les raisons qui ont assuré les brillants résultats de ces opérations ne résident pas seulement dans l'antisepsie et l'anesthésie, qui cependant ont joué un grand rôle ; ces succès sont surtout imputa-



bles aux progrès des connaissances anatomiques et techniques des chirurgiens. Vouloir mettre tout sur le compte de l'antisepsie, c'est oublier que certains opérateurs, peu soucieux d'une antisepsie sévère, obtiennent néanmoins de brillants succès opératoires. Mais l'absence de perte sanguine a une importance qu'il ne faut pas méconnaître. Les avantages de la forcipressure, pour les utérus peu mobiles, sont tellement éclatants que l'on peut considérer cette pratique comme un progrès énorme, et les adversaires eux-mêmes de cette méthode sont contraints d'y avoir recours en certains cas.

On a reproché à la forcipressure de produire fréquemment des lésions de voisinage, en particulier des lésions vésicales et intestinales ; mais il faut reconnaître que ces accidents ne sont pas toujours évités lorsqu'on procède par ligatures. Mais, en réalité, on ne peut pas dissimuler que la convalescence est plus difficile à cause des douleurs que provoquent les pinces à demeure et des conditions défectueuses de la plaie opératoire.

Plus un utérus est immobilisé, plus il est difficile de faire l'extirpation totale par la voie vaginale pour les partisans des ligatures préventives ; au contraire, cela est aisé par la méthode des pinces. Aussi, lorsque l'utérus est immobilisé par des lésions annexielles, les difficultés sont tellement accrues, les blessures de l'intestin, de la vessie et des uretères sont si difficiles à éviter, qu'il y a déjà quelque temps que Bardenheuer s'est décidé à adopter la voie abdominale de préférence à la voie vaginale ; en effet, même dans le cas d'une immobilisation complète de l'utérus, une intervention abdominale est encore possible : celle-ci est indiquée d'une façon générale dans les cas les plus difficiles par suite d'adhérences multiples ; Sänger et Bardenheuer se rallient à cette opinion.

Les tentatives de Doyen n'ont qu'une valeur limitée ; en effet, sa méthode, implique toujours, quand l'utérus est fixé le morcellement de l'organe et la section médiane ; or, ce sont là de graves complications.

Au contraire, pendant deux années consécutives, je n'ai jamais eu besoin de recourir pour ma part à ces manœuvres, bien que j'aie dû extirper, par la voie vaginale, des utérus fixés par suite d'inflammations pelviennes.

J'ai pu me convaincre qu'un utérus complètement immobilisé peut être extirpé, avec l'aide des ciseaux et du bistouri, sans qu'il soit nécessaire de recourir à l'hémostase préventive.

Les vaisseaux qui donnent inopinément peuvent être instantanément pincés jusqu'au moment où ils sont définitivement liés ; mais souvent, dans cette façon de procéder on peut extirper très rapidement l'utérus, en tous cas assez rapidement pour que cette manœuvre ne soit pas nuisible à la patiente. Une fois l'utérus enlevé, on peut extirper les annexes altérées. Les principaux avantages de cette façon de faire sont les suivants : les instruments hémostatiques sont inutiles et, partant, ne peuvent être une gêne ; ensuite, l'opération peut être accomplie très rapidement. De cette façon, on peut même, dans un vagin fort étroit, faire une extirpation de l'utérus qui, au premier abord, paraîtrait impraticable.

Ma méthode s'applique également au traitement opératoire des myomes ; j'ai eu des cas dans lesquels j'ai pu complètement isoler l'utérus de ses adhérences, puis l'attirer en entier à l'extérieur par le vagin avec plus ou moins de facilité suivant son volume.

A ce propos, il convient de rappeler les tentatives de Eastman (1) qui a pu, à l'aide d'un instrument spécial, évider complètement l'utérus, sans qu'il fût nécessaire de lier aucun vaisseau. Cet auteur a constaté d'ailleurs que cette opération n'est pas toujours couronnée de succès. D'ailleurs, il est arrivé qu'on a pu sans ligature et sans hémorragie extirper l'utérus, et cela sans ouvrir le péritoine.

Mais tous ces essais, si on en excepte toutefois ceux de Doyen, n'ont pas été faits d'une façon systématique.

Le manuel opératoire auquel je me suis arrêté est le suivant : les deux lèvres du col sont saisies avec des pinces, de façon à fermer le canal cervical. Ensuite, le col est libéré au moyen de longs ciseaux, en rasant le parenchyne utérin ou même en l'entamant légèrement. Les ramifications principales de l'artère utérine ne donnent pas si on a eu la précaution de se tenir assez près de l'utérus. La vessie est écartée avec les doigts et on ouvre soit le cul-de-sac antérieur, soit le cul-de-sac postérieur. L'ouverture de la cavité de Douglas n'est pratiquée qu'au moment où grâce à la traction exercée avec les pinces, celle-ci s'ouvre en quelque sorte d'elle-même.

Ce temps doit être exécuté dès que les ligaments larges et les ligaments utéro-sacrés sont sectionnés, ce qui peut se faire facilement lorsqu'on a ouvert les deux culs de-sac. Les trompes sont fixées de chaque côté avec des pinces, afin qu'elles ne puissent se rétracter dans le cœlome. Ensuite, l'utérus est complètement séparé, puis tiré au dehors. Alors, les vaisseaux qui donnent sont pincés et liés comme de coutume.

L'hémorragie arrêtée, on libère les annexes de leurs adhérences, on les attire au dehors et on les sectionne.

(1) Voy. le résumé publié par Cushing, in *Monatschrift für Geburtsh. und Gynäkologie.*

On doit remarquer que les ligaments se laissent abaisser comme avant l'extirpation de l'utérus, et combien peu il s'écoule de sang. Si on a affaire à des collections purulentes, la cavité générale est drainée, par la voie vaginale. Dans les lésions non purulentes, on fait un ou deux points de suture et le péritoine est fermé.

S'il s'agit, comme dans le cas de myômes volumineux, d'extirpation par la vie abdominale, on pratique de la même façon, à cette différence près que l'on commence par en haut et que l'extirpation de l'utérus se fait après celle des annexes. Dans le cas où les ligaments présentent des plexus veineux très développés, il faut avoir la précaution de pincer préventivement les vaisseaux, afin d'éviter les embolies mortelles.

Dans toutes les laparotomies, je préfère fermer le péritoine par-dessus la plaie vaginale, en même temps que je suture le péritoine de la cavité de Douglas avec celui qui recouvre la vessie après que le vagin a été lavé.

L'explication de la faible hémorragie qui se produit au cours des manœuvres ci-dessus décrites est dans la disposition même des vaisseaux utérins. Les branches principales de l'artère utérine sont dirigées parallèlement au bord de l'utérus d'arrière en avant et se ramifient en vaisseaux plus fins profondément dans le parenchyme utérin. Si les surfaces de section des ligaments larges sont pratiquées assez loin de l'utérus pour intéresser les branches de l'artère utérine, naturellement, on provoque infailliblement une hémorragie assez forte qu'on peut, à la vérité, maîtriser avec des pinces, mais si les surfaces de section sont pratiquées, comme je le préconise, assez avant dans le tissu marginal de l'utérus ou, mieux, dans le parenchyne utérin lui-même, on épargne de cette façon les vaisseaux parallèles ci-dessus signalés et on coupe seulement leurs fines ramifications qui se perdent dans le parenchyme utérin : celles-ci ont une grande tendance, lorsqu'elles sont coupées, à se fermer spontanément.

Dans le cas de tumeurs malignes, la technique doit être complètement modifiée. La section des ligaments larges doit être faite à une grande distance du corps utérin. En outre, il est une précaution capitale à prendre, c'est d'éviter toute cause d'infection néoplasique des tissus sains, mis à nu au cours de l'intervention. Assurément, les voies vasculaires constituent un important moyen de dissémination mais il ne faut pas oublier que les mains, les instruments, en un mot, ce qui a été en contact avec les tissus cancéreux peuvent être une source d'infection pour les tissus sectionnés. Étant connues ces conditions, l'instrument le plus avantageux est le thermocautère ou, mieux encore, le galvano-cautère (26-30 Ampères) ; ce dernier doit être substitué au bistouri.

Le manuel opératoire est fort simple : la tumeur est libérée avec le galvano-cautère, puis le col est abaissé avec une longue pince de Muzeux. Les culs-de-sacs sont ouverts avec le même appareil et les ligaments sectionnés. Si les vaisseaux des ligaments larges viennent à saigner, on arrête l'hémorragie avec des pinces qui restent en place deux jours.

Cette « *Igni-Extirpation* » m'a donné, depuis deux ans et demi que je l'emploie, des résultats excellents au point de vue de la non récidive, mais, étant donné le court laps de temps écoulé actuellement, je ne puis encore me prononcer sur la valeur définitive du procédé que je préconise.

F. Mainzer. — 200 OPÉRATIONS RADICALES PRATIQUÉES PAR LA VOIE VAGINALE POUR SUPPURATIONS ET INFLAMMATIONS DES ANNEXES ; REMARQUES SUR LES RÉSULTATS OPÉRATOIRES OBTENUS AVEC CETTE MÉTHODE. (Travail de la Clinique gynécologique du professeur L. Landau, de Berlin). (*Archiv. fur Gynäkologie*, t. XLIV, fasc. 3, 1897.)

La *vaginale Radicaloperation* est actuellement une opération fréquemment usitée. Son histoire, ses indications et sa technique ont été l'objet l'an dernier, d'une importante monographie du professeur L. Landau et du docteur Th. Landau (1).

Dans le présent mémoire, le Dr F. Mainzer expose les résultats obtenus grâce à cette méthode dans le service du professeur Landau ; chacune des opérations qui constitue la longue série (200 malades) étudiée ici est l'objet d'un double protocole donnant des détails complets sur l'histoire clinique, le diagnostic anatomique, les détails de l'intervention, la date de sortie de l'hôpital, l'état général antérieur (la capacité de travail), les résultats de l'opération (état général, nutrition, appétit sexuel, état mental, etc.)

Le diagnostic anatomique a été l'objet de soins spéciaux de la part du Dr Ludwig Pick, assistant chargé du service de l'anatomie pathologique.

Tant par sa rigoureuse précision que par l'excellence des résultats obtenus, ce travail fait le plus grand honneur au chirurgien dans le service duquel il a été exécuté.

Sur ces 200 cas, il n'y a eu que 8 morts, soit 4 %.

Ces 200 cas se répartissent de la façon suivante :

A. — Abcès pelviens compliqués : 76 cas, 1 mort.

B. — Collections purulentes simples : 61 cas, 4 morts.

(1) Prof. Dr Léopold Landau und Dr Theodor Landau. — Die vaginale Radical operation. Technik und Geschichte. Berlin, 8°, 1896.



C. — Suppurations bilatérales : 58 cas, 3 morts.

D. — Grossesse ectopique compliquée de graves suppurations : 5 cas, 5 succès.

Dans cette méthode, les blessures des organes voisins sont beaucoup moins à craindre que dans les autres. Au Congrès gynécologique de Vienne, en 1895, le professeur Landau montrait qu'il avait pu pratiquer 109 extirpations radicales sans blesser jamais les uretères ni la vessie ; l'intestin seul a été lésé un certain nombre de fois (5 fois) ; les fistules s'étaient complètement guéries, à l'exception d'une seule fois. Dans les 91 cas, qui joints aux précédents, résument la pratique de la clinique gynécologique du professeur Landau, on ne relève que 4 fois la blessure de l'intestin ; jamais on n'eut à déplorer de lésions de la vessie, ni des uretères.

Dans aucun cas non plus, on n'a constaté d'ileus ; les dangers d'infection du péritoine semblent aussi réduits au minimum. En revanche, des thromboses se sont produites plusieurs fois dans les extrémités inférieures, elles sont apparues surtout entre les 7-12es après l'opération.

Aptitude au travail.

Beaucoup de malades avant l'opération vaginale radicale, ne pouvaient se livrer à aucun travail et on n'est intervenu chirurgicalement que quand l'abstention compromettait irrémédiablement l'existence de la patiente.

Les interventions peuvent être facilement jugées par le fait suivant : sur 83 patientes, 77 ont déclaré qu'elles purent reprendre leurs occupations antérieures après l'opération.

Naturellement il faut quelques semaines de repos après l'opération, et nous prescrivons généralement, trois semaines encore de repos après la sortie de la clinique. Après ce laps de temps, 77 malades purent reprendre sans interruption, leur travail, et quelques-unes faisaient un métier pénible.

Sur les six malades restantes qui ne jouirent jamais plus d'une entière aptitude au travail, une déclara n'avoir jamais pu travailler. C'était une femme très faible, tuberculeuse, chez laquelle, après une opération incomplète, il était resté une fistule purulente. Dans le côté gauche, il y avait, de plus une tumeur, très sensible de la grosseur d'un œuf d'oie. Les 5 autres n'ont été incapables de travailler que pendant une période limitée.

Nous avons pris l'aptitude au travail comme le criterium le plus important pour juger les suites des opérations. Mais il est encore d'autres facteurs dont on doit tenir compte.

En effet, il faut avouer cependant qu'il subsiste souvent, après l'opération, certains symptômes qui, sans gêner le travail, n'en ont pas moins une influence sur le bien-être, sur l'état général, nous voulons parler des phénomènes nerveux qui peuvent faire leur apparition.

En résumé, après la *vaginale Radicaloperation* on obtint les résultats suivants :

1° Le quart des femmes opérées, n'eut à souffrir d'aucun trouble ; la moitié souffrit de façon très modérée, sans être réellement incommodées, 1/5 des opérées endura de véritables souffrances et cela continuellement. Mais en aucun cas, cependant, les symptômes ne furent aussi violents que dans les cas où, après l'ablation des ovaires, l'utérus est laissé en place. Par l'emploi des tablettes d'ovarine, les symptômes se calmèrent dans tous les cas.

2° L'âge des patientes n'a aucune influence sur l'apparition des phénomènes nerveux dont nous parlons. Quand on laisse un ou deux ovaires, il ne survient généralement pas de douleurs climactériques ; si on les observe, on peut en conclure qu'il y a une inflammation secondaire des ovaires. Les douleurs périodiques des molimina menstrualia sont au double point de vue de leur intensité et leur durée bien moins pénibles que les douleurs climactériques.

3° Nous considérons les molimina menstrualia comme la preuve de la continuation des phénomènes cycliques dans tout l'organisme des femmes, phénomènes qui, après l'ablation des ovaires, se traduisent par une hyperémie des organes pelviens.

Les douleurs climactériques peuvent être considérées comme les indices d'un état d'irritation des vasomoteurs centraux, imputables à la sécrétion interne des ovaires.

En dernière analyse, il ressort des observations poursuivies à la clinique du professeur Landau les conclusions suivantes :

1° La mortalité sur 200 malades, sur lesquelles la *vaginale Radicaloperation* a été pratiquée à la clinique du professeur Landau, a été de 4 %.

2° Sur les dernières 91 patientes observées, on n'eut à déplorer que de rares accidents : 4 opérées eurent une fistule recto-vaginale. Ni l'urètre, ni la vessie ne furent jamais lésés.

3° On n'a pas observé d'iléus ; le danger des péritonites est également très minime.

4° L'aptitude au travail est réapparue dans tous les cas, quand l'opération a été complète, tandis que dans des cas d'opérations incomplètes, le bien-être était loin d'être aussi complet, et l'opérée était fréquemment en proie à des douleurs.

5° Les cas de phénomènes nerveux, après l'ablation totale, sont moindres que dans le cas de l'ablation des annexes seules. 1/5 des opérées seulement en furent incommodées, tandis que 25 % furent complètement indemnes.

6° Dans les cas de phénomènes persistants du côté du grand sympathique, les tablettes d'ovarine produisirent le plus heureux effet : elles soulagèrent les patientes.

7° L'âge des patientes est sans aucune influence sur l'apparition ou la non apparition des symptômes précités.

8° L'appétit sexuel ne fut influencé que dans quelques cas très rares.

9° L'état psychique des opérées fut toujours le même qu'avant l'opération. Jamais on n'a remarqué l'apparition de psychoses.

10° Il faut rejeter les opérations incomplètes dans le cas d'affections inflammatoires ou purulentes, bilatérales : celles-ci ne donnent pas de guérison durable.

En revanche, il est rationnel, dans le cas d'hystérectomie, de laisser en place les ovaires.

REVUE BELGE

Jacobs. UN CAS D'INFECTION DIPHTÉRITIQUE GÉNITALE POST-PARTUM. (*Journal d'Accouchements de Charles*, 12 décembre 1897.)

Je ne sais si les cas d'infection diphtéritique génitale ont été fréquemment observés dans les suites de couches ; l'exemple que nous allons rapporter est le seul que nous ayons rencontré ; son origine, son évolution et les multiples incidents que nous avons eu à combattre pendant une évolution de 5 mois, nous font considérer le cas comme des plus intéressants.

Au début du mois de mai 1897, nous étions appelé dans une misérable chaumière, aux environs de Bruxelles, auprès d'une femme, mère de 5 enfants, ayant accouché 8 jours avant notre visite. Accouchement laborieux (12 heures) en présentation normale. Le médecin traitant, excellent praticien, n'avait été appelé auprès d'elle que le surlendemain de l'accouchement, alors que la matrone qui s'était acharnée pendant 12 heures sur cette pauvre femme, sans se décider à appeler le médecin, se vit en présence de lésions vulvo-vaginales graves qui la décidèrent à recourir à un homme de science. Le médecin constata une déchirure profonde de chaque côté de la fourchette, un œdème considérable de la vulve. Les plaies avaient un caractère diphtéritique bien net ; l'état général semblait grave : fièvre intense, subdélirium, léger ballonnement du ventre, diarrhée profuse.

La malade fut transportée à notre Institut. Le soir, la situation se présentait : t. 39°6, pouls 35 au 1/4, délire, diarrhée et ballonnement du ventre, teint terreux, pas de vomissement. La vulve, le vagin, le col utérin étaient recouverts de fausses membranes qui, examinées au point de vue bactériologique, ne me laissèrent aucun doute au sujet de la nature de l'infection.

Craignant, vu le milieu, que nous nous trouvions en présence d'une infection mixte, nous fîmes le lendemain matin deux injections de *sérum antistreptococcique* sous-cutanées. En même temps, injections intra-utérines et injections vaginales au permanganate de potasse ; ces dernières répétées toutes les heures. A l'intérieur nous administrons du naphtol et de la quinine. T. du matin, 39°7 ; du soir, 39°6. Pouls 31-33 au 1/4.

Le jour suivant (13-5-97), t. matin, 39°2 ; soir, 40°3. Pouls, 30-34 au 1/4. Administration dans la journée de 2 injections sous-cutanées de *sérum antistreptococcique*.

Nos recherches bactériologiques nous ayant démontré la nature de l'infection, nous pratiquons ce jour-là une première injection de *sérum antidiphtéritique*. Mêmes traitements interne et local.

Le 14, t. 39°2 le matin, 39°9 le soir. Etat général et état local sans aucun changement. Administration d'une injection de *sérum antidiphtéritique*.

Le 15, t. 38°9 le matin, 39°3 le soir. Pouls 27 au 1/4. Même état général. Administration de deux injections de *sérum antidiphtéritique*.

Le 16, t° 41°3 le matin, 39°9 le soir. Pouls 34 au 1/4. Une injection de *sérum antidiphtéritique*.

Le 17, t. 37° le m. P. 22 au 1/4.	Le soir, 37,6 P. 27.
Le 18, t. 39°1 le m. P. 26	Le soir, 39 P. 27.
Le 19, t. 38° le m. P. 23	Le soir, 39,3 P. 27.
Le 20, t. 37°8 le m. P. 22	Le soir, 39,3 P. 27.
Le 21, t. 37°6 le m. P. 22	Le soir, 39,3 P. 25.

L'action de ces injections de sérum antidiphtéritique a été caractéristique et immédiate sur la t. et le pouls ; l'état général s'était en même temps amélioré en ce sens que la diarrhée avait cessé et que nous parvenions à faire ingérer quelques aliments liquides.

L'état local restait stationnaire. Dès les premières injections, nous vîmes les plaques diphtéritiques vaginales, vulvaires et utérines ne plus s'étendre ; l'inflammation restait la même. Au moindre contact, ces plaques donnaient lieu à de petites hémorragies en nappe ; la sensibilité des organes restait la même. Le traite-



ment antiseptique local était continué pour la nuit avec exactitude.
Nous donnons ici le tableau de la marche de l'infection, démontrant l'action du sérum.

Mai	Matin		Soir
11	—		39,6
12	39,7	(2 injections antistreptococciques)	39,6
13	39,2	(2 » » »)	40,3
		(1 » antidiphtéritique)	
14	39,2	(1 » »)	39,9
15	38,9	(2 » »)	39,3
16	41,3	(1 » »)	39,9
17	37	(plus d'injection)	39,6
18	39,1		39
19	38		39,3
20	37,8		39,3
21	37,5	(pneumonie débute)	41,8

Dès le 21, nous étions maître de l'infection diphtéritique, car dès ce jour les plaques exsudatives diminuèrent, se détachèrent peu à peu et environ 12-15 jours plus tard, il n'en restait plus trace.

Mais ce même jour (21) la malade fut prise de frissons intenses et le soir nous notions une t. de 41.8, et l'existence d'une pneumonie aux 2 bases. La respiration devient difficile, fréquente — 24-25 —, l'état général devient précaire, légère cyanose des extrémités.

Nous appliquons des vésicatoires aux bases pulmonaires et administrons l'alcool et les excitants à hautes doses.

La situation est stationnaire les 22, 23, 24, la t. variant entre 38° le matin et 39°5 le soir.

Le 26, l'auscultation nous permet de constater une grande amélioration du côté des poumons, la cyanose a disparu, nous parvenons à alimenter légèrement la malade. Le 27, nous constatons l'existence d'un abcès dans les parois abdominales, au niveau d'une de nos injections de sérum antidiphtéritique. Aussi, pendant 15 jours, bien que les complications pulmonaires s'amendassent journellement, restons-nous en présence d'une t. vespérale de 39° et au delà, matinale 36-37°.

Pendant l'évolution de l'infection diphtéritique, nous faisons prendre la t. de 2 en 2 heures. Jusqu'au 17 mai, ces températures variaient à peine de quelques dixièmes entre les extrêmes du soir et du matin. Dès la disparition des symptômes aigus de l'infection (diarrhées, frissons, etc.), nous vîmes apparaître, comme cela s'observe dans toute suppuration, des disproportions de t. variant de plusieurs degrés, parfois d'une heure à l'autre. Nous noterons encore l'inefficacité complète de la quinine sur la t. pendant la 1re période, les chutes de t. après son administration dès le 18 mai.

L'abcès de la plaie abdominale était à peine en voie de guérison qu'apparurent deux énormes eschares aux talons. L'une se guérit sans perte de substance: l'autre, au contraire, fut suivie d'une perte de tissu qui laisse encore le calcanéum en partie à nu, actuellement que la guérison est complète.

Cet état de choses fut cause que, jusqu'à la fin de juin, le thermomètre descendit rarement au-dessous de 39° le soir. Le matin, la température variait entre 35°5 et 37°5. En même temps l'état général se relevait rapidement, l'alimentation se faisait régulière et substantielle.

Vers le 5 juillet apparurent les premiers symptômes d'un phlegmon profond de la cuisse droite. Il se produisait à l'endroit où avait été faite une des injections de sérum antistreptococcique. Il prit en quelques jours des proportions énormes au point de décoller les muscles jusqu'au 1/3 inférieur du membre. Le 12 juillet, nous fîmes plusieurs incisions, qui donnèrent issue à environ 2 litres de pus. Ces incisions nous permirent de drainer largement les parties profondes. *Le pus de ce phlegmon renfermait des chaînettes de streptocoques.* Enfin, et presque à la même époque, apparut une vaste eschare du sacrum qui mit l'os à nu en quelques jours.

Dès le 17 juillet, notre malade entra en convalescence, le thermomètre ne dépassa plus 37.8 le soir, et marquait une température normale le matin. Le pouls devint régulier, fort, d'une fréquence normale. Toutes les fonctions se faisaient normalement. Plus aucun symptôme pulmonaire. Cette convalescence fut extrêmement longue, à cause surtout des misères occasionnées par les eschares des talons et du sacrum. La malade put se lever au commencement de septembre et quittait notre Institut le 24 octobre, cinq longs mois après son entrée.

L'enquête à laquelle nous nous sommes livré au sujet de l'étiologie de l'infection, nous a révélé les faits suivants : la misère de ces gens ne leur permettait pas de disposer de la quantité de linge que nécessitaient ces suites de couches laborieuses. Le linge était lavé à mesure des besoins et mis à sécher, vu le temps pluvieux, dans le poulailler.

Les poules, très délaissées depuis que la femme se trouvait au lit, étaient malades ; plusieurs même furent trouvées mortes.

Nous supposons que les linges furent contaminés dans ce milieu infectieux et transportèrent l'infection par contact direct sur les plaies fraîches de l'accouchée.

Cette observation nous a également démontré que les injections antistreptococciques ne sont pas sans offrir quelque danger : les deux injections de l'espèce donnèrent lieu, l'une à un abcès de la paroi abdominale, l'autre à un phlegmon de la cuisse.

Nous croyons inutile d'insister sur les précautions prises pour ces injections, l'analyse du pus du phlegmon nous en a d'ailleurs démontré l'origine.

REVUE POLONAISE

M. Erlich. — DE LA CONDUITE A TENIR EN CAS D'AVORTEMENT. (*Med. Nr.* 21, 22, 23, 1896. — *Analyse de Przeglad chirurgiczny.*)

L'auteur, se basant sur une expérience personnelle fort étendue, indique les procédés suivants à employer aux différents temps de l'avortement :

1) A la période des hémorragies prémonitoires, l'auteur conseille l'expectation. S'il existe une version ou flexion de l'utérus en avant ou en arrière, on doit avant tout remettre l'organe en position normale. Souvent la réduction seule a suffi entre les mains de l'auteur, pour arrêter l'hémorragie et permettre l'évolution de la grossesse jusqu'au terme. En cas d'induration ou de tuméfaction de l'utérus, l'auteur emploie les révulsifs sous forme de scarification des bords de l'orifice externe ou bien des sangsues. Si l'hémorragie est due à l'infection blennorragique récente, il pratique souvent des cautérisations énergiques du col, du vagin et de l'urèthre au nitrate d'argent (au 1/10) et des lavages de la vessie au nitrate d'argent au 1/2000. Si l'hémorragie a été très grave, au point de menacer la vie de la femme, l'auteur a administré bien des fois l'ergot de seigle, l'ergotine, l'ac. sclérotinique ; cette médication faisait cesser l'hémorragie et la grossesse a pu continuer jusqu'au terme.

2) A la période de *l'expulsion de l'œuf* avorté, l'auteur arrête les hémorragies au moyen des injections chaudes et de l'ergot ; en cas de collapsus, il administre les toniques. Si l'hémorragie cesse, il reste en expectation ; sinon, il décolle l'œuf de la paroi utérine au moyen d'un instrument à lui dit : « sonde en curette ». Si l'on ne réussit pas à enlever l'œuf immédiatement à cause de l'étroitesse du canal, on introduit des tiges de laminaire dans la cavité utérine, et l'on bourre le vagin d'ouate. Au bout de quelques heures, on enlève les tiges et l'œuf avec elles. Si la grossesse est de plus de trois mois, l'auteur n'emploie point d'instrument, mais le doigt qu'il introduit dans l'utérus ; il en décolle l'œuf, y compris les membranes et le placenta. Suivant l'auteur, une portion des membranes et même le placenta pourraient demeurer impunément dans l'utérus pendant un temps prolongé.

3) Après l'avortement, s'il se produit des hémorragies, l'auteur curette l'utérus et cautérise à plusieurs reprises la muqueuse utérine, au nitrate d'argent à 10 %.

K. Jasinski. UN CAS DE GROSSESSE TUBAIRE. (*Med. N.* 4. 1896.)

Femme de 29 ans ; un seul accouchement il y a onze ans ; à la suite de cet accouchement, il y eut pendant huit ans des ménorragies qu'un curettage fit cesser. Dernières règles en janvier 1895 : bientôt après, il survint des douleurs abdominales, des nausées et de la tension des mamelles. Au bout de deux mois et demi, les douleurs diminuèrent, les nausées et la tension des mamelles disparurent. Dans le courant des deux mois et demi qui suivirent, il y eut plusieurs accès violents et de fortes douleurs dans l'abdomen, accompagnées de pertes. On diagnostiqua la grossesse tubaire droite.

Laparotomie le 10 juillet 1895 avec extirpation de la trompe droite distendue et de l'ovaire ; suture complète de la plaie abdominale. Dans la trompe distendue et à parois notablement hypertrophiées (excepté un seul point aminci sur le bord supérieur) on trouva une masse spongieuse rouge foncé. Suites opératoires sans troubles notables. Suivant l'auteur le cas rapporté est intéressant à ce point de vue que la trompe ne s'était pas rompue et que malgré la mort précoce du fœtus il y eut à plusieurs reprises des accès des fortes douleurs abdominales accompagnées de métrorragies.

KARCZEWSKI.

R. PICHEVIN, *Directeur-Gérant.*

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE DAIX FRÈRES.
Maison spéciale pour Journaux et Revues.

SOMMAIRE

LEÇON CLINIQUE

—

Du traitement palliatif du cancer utérin

Par le professeur LE DENTU.

Leçon recueillie à la Clinique chirurgicale de Necker.

—

Quand le cancer a dépassé la zone utérine proprement dite, quand la paroi vaginale est envahie sur une étendue trop grande pour qu'on puisse aisément en faire la résection, quand les ligaments larges sont infiltrés, je pense qu'il y a lieu de renoncer à toute tentative de cure radicale. Le mieux est de s'arrêter à l'une des nombreuses opérations palliatives que nous avons à notre disposition.

I. *Opérations.* — La plus ancienne est la cautérisation au fer rouge. Le feu peut être employé de différentes façons. On se sert tantôt du thermo-cautère, tantôt du cautère actuel. La thermo-cautérisation est commode, mais il faut reconnaître que l'action du Paquelin n'est pas assez profonde. La cautérisation au fer rouge est préférable, mais il est rare qu'on l'emploie isolément. D'ordinaire, on la combine soit à un curettage, soit à une excision de la tumeur.

Cependant, Klotz (de Dresde) a préconisé, en 1896, la simple cautérisation au fer rouge.

Son *modus faciendi* s'éloigne un peu de la pratique ordinaire. Au lieu de cautériser le cancer en une seule séance, Klotz se propose de détruire les tissus néoplasiques en cinq séances, de dix jours en dix jours. Il a traité ainsi 6 cas sur 25 cancers utérins inopérables. Il a obtenu, dit-il, une cicatrisation complète dans les six cas. La récidive n'existe chez aucune de ses opérées et l'intervention date de 4 ans, dans deux cas ; de 3 ans ; de 2 ans ; de un an ; et enfin de 6 mois.

Ces résultats remarquables méritent d'autant plus d'être signalés qu'il faut les rapprocher de ceux publiés par Byrne qui, il est vrai, se sert de l'anse galvanique. Les partisans de la cautérisation pensent que le feu a une action destructive profonde et que les tissus envahis sont atteints en dehors même de la tranche de section. D'autres chirurgiens estiment que la supériorité de la cautérisation sur l'instrument tranchant réside dans ce fait que l'inoculation du cancer aux parties voisines est moins à craindre avec le feu qu'avec le bistouri. Quoi qu'il en soit, il est bon de retenir que la cautérisation a donné des succès inespérés, alors que l'hystérectomie était contre-indiquée.

Le curettage a été souvent mis en usage pour combattre les néoplasmes malins de l'utérus non justiciables de l'extirpation totale.

Il ne s'agit pas, vous le savez bien, du curettage tel qu'il se pratique dans les cas de métrite. L'opération a pour but d'enlever une partie des tissus infiltrés et ne se borne pas à l'abrasion de la muqueuse utérine. Il faut que la curette emporte les portions envahies qui sont molles et friables. L'instrument s'arrêtera sur des tissus plus résistants, peut-être encore néoplasiques, mais moins altérés et moins saignants. Il faut savoir s'arrêter à temps et ne pas poursuivre trop profondément le cancer, de peur de faire pénétrer l'instrument dans la cavité péritonéale.

Ce curettage, qui débarrasse la malade de ses pertes de sang et de ses écoulements sanieux, est suivi d'une cautérisation soit au fer rouge, soit à l'aide d'une substance chimique (chlorure de zinc, etc.). On met un pansement dans le vagin et on le renouvelle tous les trois jours par exemple.

Ce traitement a donné des résultats, non pas très brillants, mais assez satisfaisants dans quelques cas, en ce sens qu'il permet d'arrêter momentanément les hémorragies et de mettre fin pendant un certain temps à ces pertes horriblement odorantes.

La suppression des écoulements sanieux et l'arrêt des hémorragies exercent d'ordinaire pendant quelque temps une action favorable sur l'état général.

Je ne vous citerai que pour mémoire les tentatives de Pryor qui préconise la ligature des iliaques internes ; de même que je ne fais que vous signaler la proposition qui a été faite par un chirurgien de supprimer les ovaires pour combattre le cancer.

Ces interventions ne méritent pas d'occuper une place dans le traitement palliatif proprement dit.

II. *Agents chimiques.* — On s'est servi d'un nombre considérable de corps chimiques pour traiter les malades atteintes de cancer utérin.

On s'est servi d'*injections interstitielles* soit pour détruire, soit pour modifier les tissus envahis par le néoplasme.

L'alcool a été préconisé par H. Schultz, assistant de Tauffer et vanté par différents gynécologistes, en particulier par Vulliet (de Genève).

Ce procédé consiste, vous ne l'ignorez pas, à faire une injection d'alcool absolu dans l'épaisseur de la tumeur cancéreuse. On fait pénétrer environ 5 grammes dans le néoplasme. Les injections sont pratiquées d'abord tous les deux jours, puis quotidiennement. Par malheur, ces injections sont très douloureuses, et cette méthode n'a pas conquis beaucoup d'adeptes.

Bernhard aurait obtenu de bons résultats en injectant dans les tissus de l'acide salicylique (6 parties d'acide pour 60 d'alcool).

On a employé successivement et sans grand succès l'acide arsénieux, le perchlorure de fer, le sublimé, le chlorure de zinc, l'acide picrique, la créosote, le violet, le bleu de méthylène, la pyoktanine.

On en est revenu aux caustiques et tour à tour on a vanté les bons effets de l'acide chromique, de l'acide lactique, de l'acide nitrique, etc. Le nitrate acide de mercure a jadis joui d'une certaine vogue. Le brome a été employé à l'étranger. Wynn Williams et Routh ont été ses principaux protagonistes, ce médicament agirait assez bien sur les tissus néoplasiques.

La liste de toutes les substances qui ont été employées dans le traitement du cancer serait bien longue, si l'énumération avait la prétention d'être complète.

Il faut seulement faire une mention spéciale en faveur du chlorure de zinc, qui est l'un des agents les plus répandus dans le traitement de l'épithélioma de l'utérus.

Employé par Maisonneuve, par Marion Sims, le chlorure de zinc, peut servir à cautériser de différentes manières les cancers utérins. On s'en sert soit en solution, soit sous forme de crayons, soit sous forme de sparadrap. La pâte de Canquoin avait déjà été préconisée et essayée par Canquoin lui-même dans la cure du cancer utérin.

C'est le plus souvent avec des tampons trempés dans la solution forte de chlorure de zinc, que l'on cautérise le cancer utérin. Anciennement, on employait plus volontiers des flèches. Mais, comme il a été déjà dit, depuis quelques années, on associe le curettage de l'utérus à la cautérisation au chlorure de zinc.

Si l'on s'en rapportait aux chirurgiens et gynécologistes qui mettent en relief la supériorité de tous les nouveaux agents chimiques qu'ils ont essayés, il serait difficile de faire un choix au milieu de cet arsenal pharmaceutique. Il faut agir avec discernement et toujours en obéissant à une indication.

Non seulement il est indiqué de relever l'état général, de combattre l'anorexie, de tâcher de lutter contre la cachexie, mais il faut arrêter le sang que les malades perdent parfois en grande abondance et combattre la fétidité des sécrétions.



III. — *Pansements hémostatiques et antiseptiques.*

Le térébène serait, d'après Cordes et Bétrix, un excellent désinfectant et un très bon antiseptique. On l'emploie mélangé à parties égales d'huile.

L'aristol a été essayé aussi dans le traitement du cancer. Le chlorate de soude a été vanté par quelques gynécologistes.

L'iodoforme a des avantages et des inconvénients. Cet agent désinfecte très bien le vagin, mais son odeur est pénétrante et désagréable. Il peut être absorbé et donner naissance à une intoxication lente. Il faut donc en user avec précaution.

Comme hémostatique, j'emploie avec avantage le perchlorure de fer, le chlorure de zinc et l'antipyrine.

Pour faire disparaître la fétidité des pertes, le chlorure de chaux, l'acide salicylique, le sulfate de cuivre ou de fer, l'acide phénique, le permanganate de potasse ont tour à tour trouvé des partisans. J'emploie depuis déjà assez longtemps le formol, qui est un excellent désinfectant. Les injections au formol sont bien supportées.

J'ai dit qu'il fallait relever les forces de la malade et surtout essayer de lui donner de l'appétit.

Il est, je crois, inutile d'insister sur les agents thérapeutiques dont vous vous servirez pour atteindre ce double but.

Quant aux prétendus spécifiques du cancer, il est à peine nécessaire de vous les énumérer. La ciguë est tombée dans un oubli dont elle ne se relèvera plus. La térébenthine de Chio n'a pas une action plus marquée. Le condurango peut être un bon stomachique, mais il n'a jamais été un spécifique du cancer.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES

Grosses tumeurs fibro-kystiques de l'utérus

Par G. Bouilly.

Dans sa thèse de 1880 (1), Lebec, après d'autres auteurs, a divisé les collections liquides produites dans l'épaisseur du tissu utérin en deux classes : les tumeurs *fibro-kystiques* et les *kystes vrais de l'utérus*. Il y a une telle différence dans l'aspect anatomique et dans la physionomie clinique des deux productions qu'il semble légitime de conserver cette division. Néanmoins, il est vraisemblable qu'entre les petites géodes des myomes ramollis, les collections déjà volumineuses des tumeurs dites fibro-kystiques, et les kystes utérins énormes, simulant des collections ovariennes, il n'y a qu'une différence d'évolution et de développement ; dans les premières étapes, la partie solide l'emporte encore sur la partie liquide ; plus tard celle-ci, en se développant de plus en plus, refoule et atrophie la portion solide, et à un moment le liquide est si considérable qu'il occupe, pour ainsi dire, toute la place ; le tissu solide se trouve réduit à une coque d'épaisseur variable, quelquefois extrêmement mince, dans laquelle l'apparence du parenchyme utérin peut avoir tout à fait disparu. Mais, quel que soit le développement de cette partie kystique, un élément persistant ne permet pas d'en méconnaître l'origine initiale : c'est la continuité intime de la paroi, sur une étendue plus ou moins grande, avec le tissu utérin, et la présence des éléments caractéristiques de ce tissu dans la constitution de la poche kystique, soit sur toute sa surface, soit en un point plus ou moins limité de cette surface et, en particulier, à sa base au niveau de la continuité utérine. Aussi, je conserve à ces collections le nom de *tumeurs fibro-kystiques*.

Ces grandes tumeurs liquides, auxquelles on a donné le nom de *kystes vrais* de l'utérus se présentent avec un aspect variable : tantôt elles ont l'aspect extérieur d'un énorme fibrome, avec la couleur rougeâtre, charnue de la fibre musculaire hypertrophiée ; elles peuvent presque simuler un utérus gravide ; tantôt, au contraire, la paroi est mince, blanchâtre, d'apparence cartilagineuse ou fibroïde, et à première vue ressemblant à celle d'un kyste ovarique. L'erreur est vite évitée, dès qu'on reconnaît la continuité de la tumeur avec le fond de l'utérus, l'apparence rougeâtre et charnue de la base de la tumeur à ce niveau, où le tissu utérin existe encore et a conservé son aspect. Dans le premier cas, ce tissu est hypertrophié en masse et régulièrement comme autour des fibromes ; la paroi dans laquelle est renfermé le liquide mesure de 1 à 3 centimètres d'épaisseur, et peut être assez ferme et résistante pour que le liquide ne puisse être apprécié par la palpation et ne donne pas lieu à la fluctuation. Le diagnostic, en pareil cas, est presque impossible, et l'on ne saurait affirmer s'il s'agit d'un fibrome, d'un fibrome kystique ou d'un kyste de l'ovaire à parois épaisses. Il y a pourtant lieu de faire remarquer en passant que dans un kyste de l'ovaire arrivé à ce degré de développement excessif, la fluctuation est, en général, facile à percevoir au moins sur une étendue plus ou moins grande de la tumeur.

Inutile d'ajouter que ces énormes tumeurs kystiques de l'utérus ne communiquent, en aucun point, avec la cavité utérine, et qu'elles en sont, en général, séparées par une épaisseur assez considérable, représentée par le fond de l'utérus, augmenté de toute l'épaisseur de la portion fibromateuse sous-jacente.

On peut concevoir toutes les variétés de siège et d'aspect, mais je me borne à faire allusion ici aux cas que j'ai observés et que je me contente de relater.

Nous ne savons rien sur les causes qui provoquent à un moment donné, dans un fibro-myome, le développement d'une collection liquide, et, à plus forte raison, sur les *causes* qui amènent, en quelque temps, la sécrétion du liquide à tel point que la tumeur prend rapidement des proportions exagérées (1).

Cette production liquide semble, en effet, se faire vite ; après une période plus ou moins longue dans laquelle la malade était connue comme atteinte d'un fibrome de moyen volume, ne déterminant que peu de troubles, en quelques mois le ventre se développe au point de doubler ou de tripler de volume et, en général, en un an, il a acquis un tel volume qu'il n'y a plus à penser à autre chose qu'à une ablation par la voie abdominale.

L'augmentation de volume se fait sans douleur, ni troubles, ni hémorragies ; au bout de quelque temps, la malade est surtout gênée par l'énorme développement de l'abdomen, avec conservation ordinairement parfaite de la santé générale. Souvent l'énorme volume de l'abdomen, quelques douleurs légères, surtout indiquées au moment des règles, constituent toute la symptomatologie. D'autres fois (obs. IV) après un certain temps, la tumeur devient le point de départ de complications inflammatoires du côté du péritoine ; des phénomènes graves de péritonite à répétition peuvent se déclarer et mettre la vie en danger. J'ai opéré une malade presque d'urgence dans ces conditions détestables, et j'ai pu néanmoins obtenir un succès remarquable.

La paroi de la poche semble pouvoir s'amincir tellement que soit spontanément, soit à l'occasion d'un traumatisme, elle laisse passer par une rupture dans la cavité péritonéale le liquide du kyste utérin. Une fois (obs. III), dans le cas d'une rupture spontanée, cette complication ne fut reconnue qu'au moment de l'opération et n'avait donné lieu à aucun symptôme : elle n'avait pu être soupçonnée cliniquement que par la présence d'un liquide abondant libre dans la cavité péritonéale, simulant une ascite derrière laquelle on sentait une tumeur solide. Chez une malade que j'ai observée avec mon excellent collègue Segond, la rupture se produisit après une chute sur le bord d'un lit ; l'accident fut suivi de phénomènes péritonéaux graves et fut le point de départ d'une série de complications qui entraînèrent la mort au bout de quelques mois. La rupture du fibrome kystique put être soupçonnée de suite après la chute par la constatation certaine d'un épanchement liquide intra-péritonéal développé rapidement autour de la tumeur primitive, alors qu'il n'avait jamais été constaté avant l'accident.

Enfin, dans deux cas sur lesquels j'appellerai particulièrement l'attention, la *suppuration* envahit une énorme collection fibro-kystique, une fois d'une façon tout à fait latente et sans aucun symptôme spécial ; une autre fois, avec des phénomènes généraux sérieux dont l'aggravation conduisit à une intervention d'urgence.

En résumé, j'ai opéré 6 cas de volumineuses tumeurs fibro-kystiques de l'utérus, dans lesquelles la partie liquide était tellement développée aux dépens de la partie solide qu'on pourrait leur donner le nom de *kystes* de l'utérus, si on ne tenait pas compte de l'origine primitive de la tumeur.

Le faible nombre de cas recueillis depuis une dizaine d'années, comparé à plusieurs centaines de fibromes de toutes variétés observés dans ce même laps de temps, montre bien la rareté relative de ces grandes transformations kystiques des fibro-myomes.

N'ayant l'intention de parler ici que des volumineuses tumeurs dans lesquelles la partie liquide s'accroît au point de modifier l'aspect ordinaire des tumeurs fibreuses de l'utérus, je laisse de côté tous les cas beaucoup plus nombreux où l'on trouve soit par l'examen, soit au moment de l'opération, soit à la coupe de la tumeur, des cavités kystiques plus ou moins grandes, plus ou moins importantes, englobées dans une masse dont l'ensemble reste solide et conserve les caractères ordinaires du fibrome.

Observation I.

Le premier cas que j'ai opéré remonte à 1887, et a été observé chez la femme d'un confrère ; cette femme toujours bien portante, âgée de

(1) Lebec. *Etude sur les tumeurs fibro-kystiques et les kystes de l'utérus.* Thèse de Paris, 1880.

(1) Dans un cas (Observ. II), l'accroissement du ventre, semble avoir coïncidé avec une chute faite par la malade.



50 ans, ménopausée depuis deux ans, n'ayant pas eu d'enfant, portait dans le ventre depuis plusieurs années une tumeur dure qui s'accrut rapidement. Je trouvai une volumineuse tumeur remontant jusqu'à l'épigastre, plus haute que large, vaguement fluctuante, paraissant indépendante de l'utérus qui ne semblait pas augmenté de volume, mobile latéralement, peu douloureuse. Il existait en même temps un volumineux papillome de la région ombilicale, avec quelques petites végétations d'apparence papillaire au voisinage de la cicatrice. La paroi abdominale sous-jacente paraissait saine dans la profondeur. Je pensai qu'il s'agissait d'un kyste de l'ovaire à parois épaisses, et je n'établis aucune relation entre la tumeur abdominale et le papillome pariétal que je considérais comme une coïncidence.

En faisant l'incision cutanée de la laparotomie, j'enlevai largement la tumeur papillaire et toute la peau de la région sur laquelle elle reposait. L'ouverture du ventre me conduisit sur une volumineuse tumeur d'apparence charnue, beaucoup plus solide que liquide. Le trocart dut traverser environ un centimètre et demi de tissu ferme et résistant avant d'atteindre une collection d'environ 4 litres de liquide citrin, légèrement visqueux. Cette collection évacuée, la tumeur encore volumineuse, charnue, fut amenée à l'extérieur et facilement reconnue pour un volumineux fibrome inséré sur le bord droit de l'utérus auquel il était rattaché par un pédicule long de 2 centimètres environ, et de la grosseur d'un doigt ; l'ablation en fut facile après ligature à la soie du pédicule. Trois autres fibromes pédiculés de la grosseur d'une mandarine à celles d'un œuf de pigeon furent enlevés du bord et du fond de l'utérus. Les ovaires et les trompes parurent en bon état, et furent laissés en place. La guérison se fit sans aucun incident et d'une façon rapide.

Un an après, j'étais rappelé auprès de cette malade ; elle portait une ascite considérable, des masses volumineuses mamelonnées, disséminées dans l'abdomen, et avait considérablement maigri et changé. Deux ou trois ponctions furent pratiquées à intervalle de quelques mois pour satisfaire la malade, et ramenèrent toujours un liquide sanguinolent ; la mort arriva huit mois plus tard dans la cachexie la plus profonde.

Je n'accuse en rien les fibromes d'avoir donné lieu à cette généralisation abdominale maligne : je crois qu'il s'est développé dans l'abdomen des tumeurs végétantes dont j'ignore le point de départ ; mais je ne puis me défendre de l'idée que les tumeurs d'apparence papillaire de la région ombilicale étaient déjà malignes, et n'ont pas été sans rapport avec les productions néoplasiques abdominales. Je rapporte ce fait sans y insister.

Observation II.

Cette observation recueillie en 1890 dans mon service, par mon regretté interne Vigneron, est intitulée : « Fibrome kystique de l'utérus simulant un kyste de l'ovaire ; hystérectomie abdominale, guérison. »

Il s'agit d'une femme de 42 ans, multipare, toujours bien réglée, n'ayant remarqué une augmentation de volume de son ventre que depuis deux ans, et ayant commencé à souffrir au moment des règles de douleurs abdominales qui ont toujours été en augmentant, et depuis 5 à 6 mois nécessitent chaque mois deux à trois jours de repos au lit. Depuis un an, ces douleurs auraient encore augmenté à la suite d'une chute, et depuis cet accident le volume du ventre serait rapidement devenu plus considérable. L'amaigrissement et la pâleur se sont beaucoup prononcés depuis cette époque.

Le ventre est gros, mais très irrégulier, proéminent en avant, beaucoup plus développé à droite qu'à gauche, présentant sur le flanc droit une bosselure saillante comme surajoutée à la tumeur principale. La tumeur remplit tout le ventre et remonte jusqu'à la région sous-diaphragmatique ; elle est nettement fluctuante dans toute son étendue, avec sensation de flot facile à percevoir en tous les points, sinon sur la bosselure droite où elle est plus obscure.

Le toucher fait reconnaître un col normal, très élevé, les culs-de-sac libres ; les mouvements de la tumeur ne se transmettent pas au col.

En dehors du moment des règles, il n'y a pas de douleur ; la malade n'est gênée que par le volume de sa tumeur. On diagnostique : kyste de l'ovaire volumineux, présentant en un point une portion solide multiloculaire.

La laparotomie (29 avril 1890) conduit sur une tumeur à parois blanchâtres, nacrées, sans adhérence au péritoine pariétal ; la ponction donne issue à cinq litres d'un liquide couleur lie de vin. La partie supérieure et antérieure de la tumeur présente des adhérences intimes avec le grand épiploon ; son sommet est intimement uni avec le bord convexe de l'estomac. Ces adhérences doivent être minutieusement décollées à la spatule et à la compresse, après ligatures jetées sur plusieurs points. A gauche, la tumeur est adhérente à l'S iliaque, à droite à l'appendice iléo-cæcal. Elle est attirée au dehors, incisée d'un coup de bistouri qui donne encore issue à environ un litre de liquide hématique ; on reconnaît alors qu'elle fait corps avec le fond de l'utérus et l'on voit de chaque côté de cet organe les trompes et ovaires absolument sains.

Une ligature élastique est placée au-dessous de la tumeur, sur l'utérus, immédiatement au-dessus de la vessie, au-dessous d'une broche métallique qui traverse le pédicule. Celui-ci est sectionné au bistouri ; la section n'ouvre pas la cavité utérine ; le fibrome s'est développé dans le tissu utérin hypertrophié formant le fond de l'utérus. Traitement extra-péritonéal du pédicule.

La tumeur est développée aux dépens du fond de l'utérus ; elle est fibromateuse, absolument kystique dans les 9/10 de son étendue, formée d'une seule poche en partie cloisonnée. La paroi de ce kyste est très mince et a l'aspect d'un kyste ovarien. Ce n'est que dans sa partie inférieure, vers le point d'insertion qu'elle s'épaissit, devient fibromateuse. Sa surface externe est nacrée, présentant des débris d'adhérences rompues ou sectionnées. La surface interne est très vasculaire, rougeâtre et recouverte de nombreux caillots sanguins, dont quelques-uns sont très volumineux, les uns anciens, blanchâtres, fibrineux, les autres récents, noirs.

Les suites sont simples : l'élimination du pédicule est assez lente ; la malade sort deux mois après l'opération, le 2 juillet, complètement remise.

Observation III.

Fibrome kystique rompu ; épanchement énorme dans la cavité péritonéale ; hystérectomie abdominale ; guérison.

Mme T..., âgée de 46 ans, entrée à Cochin le 26 août 1892, est une femme solide, bien constituée, ayant eu deux grossesses ; elle a commencé à constater une augmentation de volume de son ventre, il y a 2 ans, en même temps qu'elle éprouvait quelques légères douleurs. Mais c'est surtout depuis un an que le volume du ventre est devenu considérable. Actuellement, il est énorme ; au niveau de l'ombilic, la circonférence = 1 m. 40 ; du pubis à l'ombilic la distance = 0,40 ; de l'ombilic à l'appendice xyphoïde elle atteint 0,36. Le ventre très volumineux est étalé au niveau des flancs, en ventre de batracien ; la matité et la fluctuation sont très appréciables ; on reconnaît facilement une volumineuse ascite avec une tumeur sous-jacente. La cicatrice ombilicale est distendue par le liquide ; la paroi abdominale est infiltrée et présente de l'œdème et de grosses varices lymphatiques.

Laparotomie, 4 mai 1892. L'incision du péritoine laisse écouler environ 10 litres de sérosité rougeâtre ; ce liquide évacué, on a sous les yeux une poche du volume environ d'une grosse tête de fœtus, faisant partie d'un gros fibrome sous-jacent ; sur la partie gauche de la poche existe une déchirure ancienne de 7 à 8 centimètres de long en forme de fente ; dans cette poche on trouve le même liquide que dans le péritoine. La partie solide fibromateuse sous-jacente à la poche est du volume environ d'une tête d'adulte ; elle est largement implantée sur la face antérieure et sur le fond de l'utérus.

L'hystérectomie supra-vaginale après ligature élastique est pratiquée ; la pièce comprend en même temps les annexes des deux côtés ; la trompe droite présente un hydro-salpinx du volume d'une mandarine.

Le pédicule mince, représenté par la portion sus-vaginale du col est réduit dans l'abdomen, muni de son lien élastique. Les suites opératoires sont très simples. Dans les premiers jours de juin, un écoulement purulent assez abondant se fait par le vagin, sans aucun malaise ni douleur ; la malade sort de l'hôpital le 25 juin et revient nous trouver trois semaines après, nous apportant le tube de caoutchouc qui est sorti du vagin le 14 juillet dans le liquide d'une injection (1).

Observation IV.

Volumineux fibrome kystique ; poussées péritonéales récidivantes. Hystérectomie abdominale supra-vaginale avec ligature élastique perdue, guérison (2).

Mme W..., 52 ans. Je suis appelée près de cette malade par le Dr Hutinel qui la soigne depuis longtemps ; elle est atteinte d'un énorme fibrome existant depuis 15 à 20 ans, ayant subi toute espèce de traitements et ayant considérablement augmenté dans ces dernières années et surtout dans ces derniers mois. En effet, la tumeur est devenue kystique et fluctuante dans sa partie supérieure ; elle remplit tout l'abdomen et arrive jusqu'à l'épigastre. Depuis lors, Mme W... est tout à fait malade, atteinte de péritonite subaiguë, avec vomissements, fièvre, dénutrition générale, et production très appréciable d'une certaine quantité d'ascite. Je suis appelé à voir cette malade au moment d'une nouvelle poussée péritonéale, et malgré la gravité de l'opération, je n'hésite pas à conseiller une intervention immédiate comme l'unique chance de salut. C'est également l'avis de M. Hutinel.

Laparotomie le 28 mars 1892. Malgré le volume énorme de la tumeur et après évacuation d'une certaine quantité de liquide par un gros trocart, l'opération est simple. Le pédicule représenté par le corps utérin est lié avec un gros fil de caoutchouc, comme à l'habitude, et réduit dans l'abdomen. On évacue ainsi 4 à 5 litres d'ascite avec des flocons fibrineux.

Pas de drainage.

Les suites furent compliquées par la production d'une véritable hydrorrhée péritonéale, qui se prolongea longtemps et me fit croire au début à la production d'une fistule vésicale (3).

Après diverses péripéties, cette malade fut complètement guérie, au point qu'un an après son opération elle pouvait faire de la bicyclette avec ardeur.

Le fibrome contenait environ 3 litres de liquide sirupeux et la portion solide pesait 6 kil. 250 grammes.

Dans les deux cas suivants, le liquide des tumeurs kystiques de l'utérus avait subi la transformation *purulente* et était complètement *suppuré*.

La suppuration spontanée des fibromes kystiques, en dehors du traumatisme infectant d'une ponction, est un fait d'une rareté excessive. L'absence complète de communication de la poche kystique et de son contenu avec la cavité utérine semble la mettre parfaitement à l'abri de la contamination par les germes extérieurs. Cette suppuration n'a rien de commun avec les phénomènes d'infection qui peuvent se propager directement de la muqueuse utérine à un fibrome sous-muqueux ou à l'espèce de capsule dont

(1) Cette observation est rapportée dans la thèse du Dr Demantké (Paris, 1897. *De l'hystérectomie abdominale pour gros fibromes utérins, par le procédé de la ligature élastique perdue*, p. 50, Observ. 4.)

(2) *Ibid*. p. 61, Observ. 20.

(3) Ce fait est rapporté dans la communication de M. Monod, sur l'*hydrorrhée péritonéale* (Congrès de Chirurgie, 1896).

il est plus ou moins enveloppé. Dans les cas que nous avons observés, la poche était séparée de la cavité utérine par une épaisseur considérable de tissu sain ; la masse fibromateuse était développée sur le fond de l'utérus hypertrophié et était éloignée de plusieurs centimètres de la cavité muqueuse.

Lebec, dans sa thèse, rapporte deux cas de tumeurs fibro-kystiques *suppurées*. Une fois, la suppuration a été provoquée d'une manière évidente par une ponction faite dans la tumeur ; « la tumeur a été ponctionnée il y a cinq semaines ; on a retiré 8 litres d'un liquide clair et à la suite il y a eu une péritonite grave. » Au moment de l'opération, la tumeur est trouvée adhérente de tous les côtés aux anses intestinales, et la ponction donne un liquide complètement purulent. « En tirant sur la tumeur elle se déchire. La cavité du kyste ponctionné il y a cinq semaines est ouverte ; elle est complètement suppurée ; sa membrane interne est pulpeuse et couverte de fausses membranes. Des gaz à odeur infecte se dégagent. » L'intestin se trouve rompu au cours des manœuvres et la malade meurt rapidement de péritonite (p. 73).

Dans un autre cas (id. p. 96), il semble que la suppuration puisse être attribuée à l'emploi de l'électricité. Chez une malade présentant depuis longtemps une tumeur abdominale kystique de nature douteuse, le Dr Paquelin essaya, pour enrayer la tumeur, l'usage du courant induit. Il put constater pendant un mois que la tumeur restait immobile et dès que les courants ne furent pas appliqués, la tumeur se remit à grossir. En décembre 1892, la tumeur remontait jusqu'à l'épigastre, envahissant l'abdomen, couvrant les fosses iliaques, causant des douleurs lancinantes dans tout le ventre, donnant des frissons, de la fièvre, des sueurs et de l'insomnie, le Dr Paquelin pensa qu'il serait prudent d'intervenir.

L'opération pratiquée par Péan démontra des adhérences étendues et solides de l'épiploon à la face antérieure de la tumeur ; une ponction donne issue à trois à quatre litres de liquide purulent, séreux, assez semblable à du pus coloré par du sang, provenant d'une poche à parois épaisses d'environ deux centimètres. Le fibrome contenait en outre trois autres poches kystiques. La tumeur fut enlevée après ligature métallique, le pédicule fut fixé à l'intérieur. La malade était guérie au bout de 50 jours.

J'ai tendance à croire que l'électrisation n'a pas été étrangère à l'infection du fibrome et à la suppuration du liquide kystique ; dans une de mes observations, la malade avait été également électrisée peu de temps après le début des accidents aigus ; en outre, elle avait subi un tamponnement vaginal destiné à modérer une métrorragie abondante. Ce tamponnement avait été laissé 36 heures en place, et c'est le soir même de son ablation que commençaient la fièvre et les accidents septiques qui devaient évoluer pendant plusieurs mois avant l'intervention.

Infection par l'électrode intra-utérine ? Infection par le tampon et par la rétention des secrétions intra-utérines ? Je ne saurais l'affirmer. En tout cas, il semble logique d'admettre une infection de la muqueuse utérine gagnant par les lymphatiques ou les vaisseaux sanguins le tissu utérin, la paroi kystique et le liquide peu virulent du kyste qui passe facilement à la virulence.

Au contraire, dans un autre cas (Observ. V), la cause de la suppuration fait complètement défaut. La malade n'a subi aucun traumatisme ni accidentel ni chirurgical ; sa santé générale est toujours restée bonne ; le pus n'est découvert que par hasard après incision de la tumeur kystique. Dans les deux cas, l'examen bactériologique du pus démontra qu'il était *stérile* ; il n'est donc pas douteux que les éléments microbiens qui avaient été les agents de la suppuration avaient perdu leur virulence. Néanmoins dans l'un des cas il y avait des accidents de septicémie grave, dus, peut-être en l'absence d'éléments microbiens, aux produits de décomposition du pus dont l'odeur était horriblement fétide.

Je dois, vu la rareté de ces faits, communiquer in *extenso* ces deux observations, dont les détails vaudront mieux que tous les commentaires.

(*La Gynécologie*.)

REVUE ANGLAISE

James Swain. — KYSTE DE L'OVAIRE ET PROLAPSUS UTÉRIN, OVARIOTOMIE ET HYSTÉROPEXIE. (*Brit. med. Journal*, 14 août 1897.)

Il est rare que la pression intra-abdominale, causée par une tumeur ovarique, soit suffisante pour entrainer le prolapsus de l'utérus. Dans le cas particulier, il y avait comme conditions prédisposantes un accouchement antérieur long et difficile terminé par le forceps et l'obligation professionnelle de rester debout plusieurs heures par jour. Femme de 47 ans : augmentation du volume du ventre et issue de l'utérus par le vagin, depuis plusieurs mois : amaigrissement, dyspnée, incapacité de tout travail, hémorroïdes; tous les signes physiques d'un volumineux kyste remontant jusqu'à l'appendice xyphoïde.

Ovariotomie par la méthode ordinaire, puis un aide fait, par le vagin, la réduction de l'utérus prolabé : on le fixe à la paroi au moyen de deux forts crins de Florence passés à 3/4 de p. d'intervalle, sur le fond de l'organe, traversant le péritoine et toute la paroi abdominale de chaque coté, celle-ci est suturée à la manière habituelle. Large pessaire annulaire dans le vagin. Guérison sans incident, retrait des fils fixateurs au bout de 5 semaines : l'utérus, un peu mobile, a sensiblement diminué de volume. On retire le pessaire au bout de 3 mois 1/2 et la malade est en parfait état.

Dans ce cas l'hystéropexie n'ajoutait aucune gravité à l'intervention et assurait à la malade la guérison d'une infirmité : à cette opération, on a reproché de causer parfois l'avortement et l'obstruction intestinale ; mais l'avortement est bien plus fréquent dans les déplacements de l'utérus. Pour éviter la seconde éventualité, on doit veiller à la coaptation parfaite du péritoine utérin et du péritoine pariétal. Cette condition assure en outre à l'organe une mobilité relative suffisante pour se prêter sans danger à l'expansion gravidique. L'auteur préconise l'hystéropexie contre l'Alexander, qui est contre-indiqué dans tous les cas où il y a des adhérences, lesquelles ne peuvent pas toujours être constatées.

Hobbs. — GYNÉCOLOGIE CHIRURGICALE DANS LA FOLIE. (*Brit. med. J.*, 25 septembre 1897.)

Depuis 2 ans 1/2, la gynécologie chirurgicale a été introduite comme méthode rationnelle de traitement à l'asile de Londres (Ontario), lequel comporte une population d'environ 600 malades femmes. Un examen gynécologique, généralement sous le chloroforme, est systématiquement pratiqué pour chacune ; le diagnostic établi et, s'il y a lieu, l'opération chirurgicale est faite avec toutes les précautions antiseptiques requises. Les résultats ont dépassé les prévisions non seulement au point de vue de la santé générale, mais aussi de la proportion des cas de guérison mentale consécutive. L'examen de 100 femmes a révélé des lésions génitales chez 93 et 89 ont subi des opérations. Les ouvrages de psychiatrie accordent peu d'influence aux lésions utéro-ovariennes sur la folie. Régis, cependant, cite Wiglesworth qui, dans 109 nécropsies d'aliénées a trouvé une proportion de 62 % de lésions pelviennes et pense que dans 45 cas ces lésions étaient en rapport avec la folie observée. Les observations faites à l'asile de Londres confirment ces résultats. La symptomatologie chez les aliénés est ordinairement fallacieuse, influencée qu'elle est par le déraisonnement et les troubles de sensibilité de ces malades : aussi le diagnostic ne put-il être correctement établi qu'à l'aide d'un examen physique soigneux aidé de l'anesthésie. De plus l'état mental est constamment influencé chez eux par d'autres conditions que celles du cerveau seul. Si les diverses périodes physiologiques de la vie générale exercent sur la mortalité féminine une influence profonde, quoi d'étonnant à ce que les lésions de cet appareil se répercutent sur elle et entrent comme un puissant facteur de l'aliénation chez les prédiposés. Sur 2000 femmes observées à l'asile, 10 % comptaient la puerpéralité comme condition étiologique de leurs troubles psychiques. Moins de la moitié a recouvré complètement la raison et presque toutes présentaient des lésions pelviennes légères ou graves. Nul doute que si le traitement chirurgical eût été associé au traitement général, la proportion de guérisons eût été plus considérable. Le premier résultat obtenu par la suppression de la lésion a été une amélioration de la santé somatique générale, une augmentation de force et de poids, la diminution des crises et secondairement, l'amélioration ou la guérison des troubles physiques. Sur 80 malades traitées, on a obtenu les résultats suivants : 14 cas d'endométrites ou de subinvolution traités par le divulseur et le curettage, amélioration physique rapide chez toutes, 8 ou 57 % de guérisons mentales, une amélioration et 5 insuccès jusqu'à présent. 27 métrites et cervicites : curettage, restauration ou amputation du col ; 11 ou 42 % guérisons, 8 ou 30 % insuccès. 11 déplacements simples ou compliqués traités 8 par l'Alexander, 3 par l'hystéropexie : correction du déplacement et guérison opératoire rapide chez toutes ; 3 ou 27 % de guérisons complètes, 4 améliorations, 4 insuccès. — 12 hystérectomies dont 7 vaginales et 5 abdominales ; 6 pour fibromes ou annexites, 4 pour procidence, 1 pour épithélioma et 1 pour sarcome : 2 morts le 3e et le 17e jour ; sur les 10 survivantes, 2 guérisons complètes, 3 améliorations, 5 insuccès. — 10 ov.-salpingectomies pour annexites suivies d'hystéropexie dans 3 cas : 1 mort le 12e jour de pneumonie, 6 ou 60 % guérisons mentales, 2 améliorations, un seul insuccès. Une laparotomie exploratrice avec lavage péritonéal pour péritonite tuberculeuse inopérable : guérison mentale. — 5 périnéorrhaphies, une seule amélioration. En résumé, 37 1/2 % de guérisons mentales complètes, 22 1/2 % d'améliorations notables et 35 % d'insuccès. Des 30 malades guéries, 11 étaient folles depuis moins d'un an, 7 de 1 à 2 ans, 4 de 2 à 3, 4 de 3 à 4, 1 de 4 à 5 et 3 depuis plus de 5 ans.

Les résultats obtenus justifient les tentatives faites : en dehors de l'effet psychique qu'on est en droit d'attendre du traitement chirurgical, n'a-t-on pas le devoir de faire bénéficier les malheu-



reuses aliénées des progrès de la science et de leur offrir au moins l'amélioration physique que comporte le traitement de leurs lésions génitales.

James Russell. — RÉSULTATS ÉLOIGNÉS DE LA CHIRURGIE PELVIENNE DANS LE TRAITEMENT DE L'ALIÉNATION CHEZ LA FEMME. (*Brit. med. J.*, 25 sept. 1897.)

Dans un long discours, l'auteur s'élève contre les abus de la chirurgie pelvienne en général et conteste énergiquement, d'une part, l'influence causale des lésions génitales sur la folie féminine, d'autre part, l'efficacité du traitement chirurgical de ces lésions sur la guérison de la folie. A l'appui de son opinion, il cite l'observation de trois jeunes femmes dont l'état mental s'est trouvé manifestement aggravé par l'ovariotomie. Il a en outre adressé à ce sujet le questionnaire suivant à 120 des principaux aliénistes d'Angleterre et d'Amérique et les réponses ont corroboré sa manière de voir.

I. — Dans quelle proportion les cas d'aliénation, chez les femmes de votre asile, sont-ils imputables à des lésions des organes génitaux ?

Réponse : A l'exception de 3 directeurs, tous ont indiqué une proportion de moins de 5 % et quelques-uns de 2 %.

II. — Avez-vous quelques expériences du traitement chirurgical des lésions génitales entrepris pour la cure de l'aliénation et quels en sont les résultats ?

Rép. La grande majorité de ceux qui accusent cette expérience ne signalent aucun bénéfice permanent des opérations entreprises. Dans quelques cas, on a observé une amélioration provoquée et, en définitive, l'état mental n'a pas été modifié.

III. — Dans quelle proportion, la guérison a-t-elle pu être attribuée à l'intervention chirurgicale ?

Rép. Six seulement ont attribué la guérison à l'opération : plusieurs ont constaté, après, une aggravation de l'état mental.

IV. — Etes-vous partisan de la gynécologie chirurgicale pour l'amélioration de la folie ?

Rép. Le sens général des réponses est que le traitement chirurgical doit être appliqué chez les aliénées comme chez les saines d'esprit lorsque l'indication physique en est évidente, mais que, rarement ou jamais, on ne doit y recourir comme tentative expérimentale du traitement de la folie.

V. — Dans le cas de bénéfice temporaire ou définitif, dans quelle proportion attribuez-vous ce résultat aux soins des infirmières et aux autres conditions de traitement ?

La réponse presque unanime est que la guérison est imputable au repos, au traitement spécial, etc.

La plupart des aliénistes questionnés ont fait suivre leurs réponses de réflexions personnelles dont l'orateur reproduit une quarantaine qui, sauf deux, corroborent la double manière de voir sur le peu de relations de cause à effet entre les lésions génitales et la folie chez la femme et sur l'inefficacité de la gynécologie opératoire comme traitement de la folie.

Mayo Robson. — DEUX CAS D'OPÉRATION DE PORRO POUR DYSTOCIE CAUSÉE PAR DES TUMEURS PELVIENNES ENCLAVÉES (63e Congrès de l'Assoc. med. anglaise, août-sept. 1897. — *Brit. med. J.*, 23 oct., 1897.)

I. *Grossesse utérine. Kyste ovarique suppuré et vaste abcès pelvien. Opération de Porro. Survie de la mère et de l'enfant.* — Femme de 24 ans, primipare : *Examen.* Le doigt vaginal rencontre une masse arrondie figurant la tête fœtale à la 2e période du travail, mais recouverte par la paroi vaginale postérieure : le col, du reste, est refoulé derrière la symphyse, à peine accessible et non dilaté ; on sent la tête à travers la paroi utérine, le travail n'est pas commencé on constate la présence d'une tumeur emplissant le bassin : frissons répétés et élévation de la température. Pouls rapide, abdomen énorme, enfant vivant. L'accouchement par les voies naturelles étant impossible on fait la laparotomie. Incision médiane de l'utérus, un aide en comprime les bords pour faire l'hémostase, l'enfant est retiré vivant, on refoule l'utérus en avant pour explorer et un flot de pus envahit la cavité abdominale, s'échappant d'une poche limitée par l'utérus, l'intestin et un kyste de l'ovaire lui-même purulent.

La conservation de l'utérus n'étant pas possible dans ces conditions, on détache les adhérences épiploïques et intestinales et on place un serre-nœud, aussi bas que possible sur le col, puis on enlève en même temps l'utérus et le kyste. Grand lavage à l'eau boriquée chaude. Suture habituelle. Tube de verre, qu'on enlève le lendemain. Chute du pédicule et du serre-nœud au bout de 8 jours. Guérison sans accident.

II. *Grossesse à terme ; Bassin rempli par un fibrome du segment postéro-inférieur de l'utérus. Porro. Survie de la mère et de l'enfant.* — Observation relatée dans *The Lancet*, février 1893. — L'auteur a revu depuis la mère et l'enfant très bien portants et toute trace de tumeur pelvienne a disparu, ce qui démontre qu'une masse fibromateuse laissée en place après résection des annexes et du fond de l'organe, subit la même atrophie que les tumeurs moindres après l'oophorectomie. *Remarques.* Six opérations seulement peuvent être discutées pour sauver la mère et l'enfant lorsque la délivrance ne peut s'effectuer naturellement : la symphyséotomie, l'ischio-pubiotomie, l'hystérectomie totale, la laparo-élytrotomie, l'opération césarienne et l'opération de Porro. Dans les 2 cas cités, le bassin étant bloqué par des tumeurs, les 2 premières ne pouvaient se discuter ; l'hystérectomie totale à une période avancée de la grossesse n'est justifiée qu'en cas de cancer à cause de la plus longue durée de l'opération. La laparo-élytrotomie n'était possible dans aucun des 2 cas, la tumeur ayant envahi le segment inférieur dans l'un des deux et dans l'autre on n'aurait pas enlevé le kyste. Restaient la césarienne et le Porro. La première est l'opération de choix dans les déformations pelviennes, mais dans le premier cas, le drainage eût été empêché par la tumeur ; dans le second, l'infection eût été inévitable. Le Porro était donc la seule opération admissible : de plus elle peut être faite rapidement et n'exige qu'une instrumentation très simple.

REVUE BELGE

Jacobs (Bruxelles). — DE LA CASTRATION UTÉRO-ANNEXIELLE TOTALE PAR LA VOIE ABDOMINALE. (*Bulletins de la Société belge de gynécologie*, 1897.)

La pratique peut seule renseigner d'une façon précise sur la valeur de telle ou telle opération. L'extirpation des organes génitaux par la voie abdominale est l'objet de tentatives nouvelles constantes de la part de tous les chirurgiens. Nombre de ces procédés nouveaux nous ont été décrits avant qu'une expérience prolongée en soit venu démontrer les avantages. Si, aujourd'hui, je viens vous donner, non pas une technique nouvelle, mais un ensemble de perfectionnements que j'ai pu apporter à la castration utéro-annexielle totale, je le fais après avoir essayé l'opération dans un nombre de cas tel, que j'ai la conviction qu'elle donnera les mêmes résultats en d'autres mains que les miennes. Ce n'est pas, à proprement parler, un procédé nouveau. C'est une manière rapide de pratiquer l'opération, d'une sûreté d'exécution très grande et qui ne laisse au hasard que des chances d'insuccès minimes. Nous ne faisons aucune différence, dans notre exposé, entre les diverses indications de l'opération ; ses grandes lignes restent les mêmes dans tous les cas, qu'il s'agisse d'un fibrome, d'une affection annexielle bilatérale, d'un cancer.

L'opération se décompose en deux temps : 1° l'*ablation de l'utérus et de ses annexes*, temps rapidement exécuté (5 à 10 minutes) ; 2° la *reconstitution intégrale du plancher péritonéal pelvien.*

Opération. L'incision des parois commence sur le pubis pour remonter, suivant les cas, jusqu'à l'ombilic et même au delà. Le péritoine ouvert, nous mettons la malade dans la position de Trendelenburg et nous séparons immédiatement la masse intestinale par une ou deux compresses, doubles plusieurs fois, stérilisées. Pendant l'acte opératoire, ces compresses sont changées dès que le sang, ou un autre liquide, vient les souiller.

L'utérus et les annexes sont alors rapidement libérés des adhérences pelviennes et viscérales, une pince de Museux saisit le fond de l'utérus et tout le paquet utéro-annexiel, en même temps qu'il est sorti de la cavité abdominale et basculé fortement en avant. S'il s'agit d'un fibrome, nous le sortons de la cavité abdominale en nous aidant d'un ou de deux tire-bouchons, suivant les dimensions de la tumeur, et nous rattachons immédiatement le tire-bouchon le plus élevé à l'appareil de Reverdin qui, dans les cas de tumeurs volumineuses, aide singulièrement l'opérateur et ses assistants.

La masse utéro-annexielle est alors penchée du côté opposé à celui que l'on veut libérer.

L'opérateur saisit le ligament, en dehors des annexes, de la main gauche et, d'un coup de ciseaux, sépare les annexes et le ligament rond du ligament large. Cette incision porte jusqu'au niveau de l'orifice interne sans entamer les vaisseaux de cette région. Une petite pince de Péan est placée sur l'artère utéro-ovarienne, une seconde pince sur le ligament rond. La même manœuvre est exécutée du côté opposé et deux petites pinces de Péan viennent s'opposer à toute hémorragie.

Les ciseaux soulèvent alors le feuillet antérieur du ligament large et on incise le péritoine dans toute la largeur de la région utérine antérieure ; la main droite, armée d'une compresse de gaze, abaisse rapidement ce feuillet péritonéal et le tissu cellulaire sous-jacent jusqu'au vagin. Cette manœuvre met à découvert les paquets des vaisseaux utérins. Un coup de ciseaux à droite et un à gauche vient trancher les artères utérines que l'on saisit immédiatement dans deux petites pinces de Péan, et le col est tranché transversalement aux ciseaux, au niveau de la portion sus-vaginale. Toutes ces manœuvres ne demandent que quelques minutes d'exécution et présentent les grands avantages de n'embarrasser le champ

opératoire que de six petites pinces de Péan, et de ne donner lieu qu'à une hémorragie insignifiante.

Dans les cas de fibromes multiples développés, soit en avant soit en arrière, soit dans le ligament large, on procède à leur énucléation avant toute section ou bien au cours des manœuvres, suivant leur situation. Ils ne gênent en rien l'ablation totale.

Dès lors, suivant les cas, ou bien nous abandonnons le col ou bien nous l'enlevons. Nous citerons dans les premiers cas, certaines tumeurs fibreuses, certains cas de prolapsus total et d'affections annexielles ; dans les seconds, le cancer du col.

Si le col doit être enlevé, nous éloignons immédiatement les artères utérines de son voisinage en les écartant au moyen de la même manœuvre qui nous permet d'abaisser si rapidement le péritoine et d'isoler la vessie, c'est-à-dire au moyen d'une compresse de gaze que l'on glisse sur les tissus. Nous saisissons le col à droite et à gauche avec deux pinces de Museux, qui sont fortement attirées en haut. Nous introduisons une des lames de nos ciseaux dans le canal cervical et, en deux ou trois coups, nous incisons toute la partie postérieure de ce col, y compris sa portion vaginale. Cette incision nous ouvre le vagin, dans lequel nous introduisons l'index gauche, qui va immédiatement guider nos ciseaux et nous permettre d'inciser la muqueuse vaginale tout au pourtour du col sans provoquer d'hémorragie importante.

Un surjet vient refermer immédiatement le conduit vaginal dont les lèvres sont affrontées en ectropion.

Si le col est abandonné, un premier surjet rapproche les lèvres de la section.

Nous remplaçons nos six pinces de Péan par six ligatures et terminons l'opération par la fermeture exacte de tout le pelvis. En d'autres termes, nous reconstituons le plus exactement possible le plancher péritonéal pelvien en rapprochant les deux feuillets des ligaments larges par un surjet et en immergeant les six pédicules de nos ligatures au-dessous du péritoine. Nous faisons l'accolement des lèvres du ligament en prenant le péritoine à environ 1 centimètre au delà de l'incision, c'est-à-dire en facilitant la réunion d'une séreuse à une autre séreuse, comme dans la suture de Lambert.

Au-dessus du moignon du col, ou bien, suivant les cas, au-dessus du vagin, le feuillet péritonéal antérieur offre toujours une étoffe largement suffisante pour exécuter cette suture sans difficulté aucune.

Lorsque tout notre plancher est reconstitué, nous plaçons un troisième petit surjet au niveau du col ou du vagin (encore une fois séroso-séreux) afin de nous mettre à l'abri de tout danger d'infection extérieure.

Rapide toilette du ventre et fermeture des parois abdominales.

Nous estimons que cette opération ainsi pratiquée offre des garanties de succès que ne nous a donné aucune autre technique. Elle présente cet avantage d'être applicable, avec la même simplicité, à tous les cas dans lesquels la castration totale est indiquée.

Voici les résultats qu'elle nous a donnés :

Nous l'avons appliqué 80 fois, dont :

13 fois dans le prolapsus génital total :

13 fois dans les affections annexielles bilatérales (6 cas suppurés), 1 décès (infection) ;

4 fois dans le cancer du col ;

45 fois dans le fibrome utérin, 1 décès (hémorragie cérébrale).

5 fois dans des grossesses extra-utérines.

Soit 78 succès sur 80 applications. Nous signalons une série ininterrompue de 44 guérisons dans le fibrome.

Non seulement dans tous ces cas nous n'avons jamais observé des difficultés bien grandes d'exécution, mais nous n'avons noté aucun incident post-opératoire. On peut dire que les suites ressemblent aux simples laparotomies pour kystes de l'ovaire.

Nos deux décès sont dus, l'un à une infection péritonéale généralisée (streptocoques), l'autre à une hémorragie cérébrale, c'est-à-dire que, dans ce dernier cas, le procédé opératoire ne peut être mis en cause, si tant est que l'accident soit imputable à l'opération.

Thiébaut (Bruxelles). — ABCÈS DU LIGAMENT LARGE ; KYSTE DE L'OVAIRE ; HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE. (*Bulletins de la Société Belge de Gynécologie*, 1897).

Les pièces anatomiques que j'ai l'honneur de vous présenter se rapportent à un cas d'abcès de l'ovaire gauche développé dans le ligament large, accompagné d'un kyste de l'ovaire du côté opposé.

L'étiologie, la situation et le volume de la tumeur, d'une part, la difficulté et l'erreur de diagnostic, d'autre part, sont autant de points intéressants qui m'ont engagé à vous relater le cas.

Il s'agit d'une personne de 36 ans, mariée, nullipare, qui est venue nous consulter à l'institut du docteur Jacobs, le 16 août dernier. Il y a un an, sans cause appréciable, elle a été subitement prise de douleurs très violentes dans le bas-ventre qui l'obligeait à garder le repos le plus complet. Son médecin traitant diagnostiqua une pelvi-péritonite et la soumit au Priessnitz et à la morphine. Après quinze jours, tous les phénomènes s'amendèrent, les douleurs disparurent, la fièvre s'éteignit et la malade reprit ses occupations habituelles. Depuis elle n'a plus souffert, mais elle s'est aperçu de l'augmentation graduelle du ventre, et c'est pour ce motif qu'elle vint demander notre intervention.

N'a jamais eu de leucorrhée, pas de fausse-couche, rien de spécial dans son passé gynécologique. La menstruation a toujours été régulière, mais depuis l'évolution de la péritonite, les pertes de sang sont devenues très abondantes, en caillots, durant parfois huit à dix jours.

Nous l'interrogeons sur ses antécédents personnels et héréditaires et nous ne relevons aucune tare.

AU TOUCHER. — Col de nullipare, allongé, situé très haut derrière le pubis.

Le corps ne paraît faire qu'un avec une tumeur dure, assez régulière, développée dans l'abdomen sur la ligne médiane et dans le flanc gauche, remontant au delà de l'ombilic. Les mouvements imprimés à cette tumeur se transmettent directement au col.

Tout le Douglas et le cul-de-sac latéral droit sont remplis par une tumeur molle, fluctuante, régulière à parois minces.

La tumeur abdominale est plus mobile ; la palpation et la percussion nous indiquent nettement que de nombreuses anses intestinales recouvrent la face antérieure.

L'évolution de la tumeur, ses caractères, sa situation et les hémorragies datant de la péritonite nous firent diagnostiquer un fibromyome utérin avec kyste de l'ovaire.

Nous pratiquâmes la laparotomie deux jours plus tard.

L'opération présenta de grandes difficultés en raison des adhérences des intestins. Le ventre ouvert, nous tombons immédiatement sur l'épiploon recouvrant la tumeur. Nous le dégageons et nous découvrons le corps utérin immédiatement au-dessus du pubis, de volume normal et coiffé d'une énorme tumeur kystique recouverte elle-même par de nombreuses anses intestinales. Nous déchirons une à une toutes ces adhérences et nous explorons le bassin de façon à nous rendre compte des lésions. Nous y découvrons le kyste de l'ovaire du volume d'une tête d'enfant que nous avions perçu par le toucher vaginal et nous l'extrayons sans grande difficulté. A ce moment nous tâchons de dégager la tumeur du côté gauche ; n'y parvenant pas, nous la ponctionnons de peur de la voir s'ouvrir dans le petit bassin par sa partie inférieure non accessible. Nous en extrayons un litre et demi de pus jaunâtre, crémeux, non fétide.

Après avoir libéré la tumeur de toutes les anses intestinales qui la recouvrent, nous nous apercevons qu'elle s'est développée dans le ligament large. Nous le sectionnons sur toute sa longueur et nous parvenons ainsi à énucléer l'abcès.

La tumeur étant très adhérente à l'utérus et les lésions étant bilatérales, nous n'hésitons pas un instant à pratiquer l'hystérectomie abdominale supravaginale. Un surjet à la soie mis sur le moignon du col pour en assurer l'hémostase, et un second refermant toute la longueur des deux ligaments larges terminent notre intervention.

Comme vous pouvez le voir par l'examen des lésions, nous avions affaire à un énorme abcès de l'ovaire. Le ligament utéro-ovarien est fortement épaissi et maintient la poche sur toute la face postérieure de l'utérus. La trompe couchée sur la tumeur était kystique et renfermait une certaine quantité de liquide citrin.

L'étiologie de cette affection est bien obscure. On reconnaît généralement comme origine des abcès ovariques les infections puerpérales, gonococciques, les fièvres exanthématiques, certaines maladies de l'enfance, la rougeole, la scarlatine, la tuberculose. Rien dans l'histoire de notre malade ne nous permet de conclure à l'une de ces affections et l'examen microscopique du pus, les ensemencements et les inoculations ne nous ayant donné aucun résultat, nous ne pouvons préciser l'origine de cet abcès, à moins que ce ne soit un kyste de l'ovaire passé à suppuration. Cependant ces faits ne sont pas fréquents et sont dus aux manœuvres faites pour vider le kyste, ou à la torsion de son pédicule. Or, ici nous ne nous trouvons pas dans ce cas et je crois que l'on peut éliminer cette hypothèse.

La situation et le volume de la tumeur sont d'une extrême rareté. Le Dr De Vos, dans un travail paru dans les *Annales de l'Institut Sainte-Anne* et dans une communication faite à notre Société, cite dix-sept cas d'abcès de l'ovaire. Jamais il ne les a rencontrés développés dans le ligament large et d'un tel volume. Moi-même, depuis quatre ans que je suis attaché au service de M. Jacobs, je n'ai rencontré ces lésions.

Il est même exceptionnel de constater des ménorragies dans les tumeurs bilatérales des ovaires. L'aménorrée est plutôt la règle.

L'erreur de diagnostic commise s'explique par ce fait que nous nous trouvions en présence d'une tumeur faisant corps avec l'utérus, surtout développée sur la ligne médiane, et accompagnée d'hémorragies abondantes à chaque menstruation. La crise péritonitique n'est pas l'apanage seul des suppurations pelviennes et on la rencontre fréquemment dans l'évolution des fibromes.



Reste encore un point dont je désire vous entretenir : c'est l'influence manifeste des injections de sérum artificiel dans ces infections au début. Pendant les vingt-huit heures qui suivirent notre intervention tout marcha à souhait. Ce laps de temps écoulé, l'état de notre malade se modifia profondément, elle devint agitée, le facies se grippa, les yeux s'enfoncèrent dans les orbites, le nez s'étira, le visage et les mains devinrent cyanosées. En même temps le pouls, de 24 au 1/4 qu'il était précédemment, était à 35, petit, filant. La température était à 38°7. Bref, nous avions tout lieu de croire à un début d'infection ; cependant ni ballonnement, ni vomissements.

Nous fîmes administrer des injections sous-cutanées, à l'aide de l'appareil d'Esmarck, (500 grammes) de sérum artificiel et deux heures plus tard, une nouvelle dose de 250 grammes. Je revis la malade vers 11 heures du soir. La situation était absolument transformée. La température était bien à 40°, mais l'aspect général s'était totalement modifié ; le pouls était plein, vibrant, à 30 au 1/4, le facies n'était plus cyanosé, un peu même vultueux et une sudation abondante s'était produite. Le lendemain matin, la température était retombée à 37°3 et la malade reçut un purgatif qui fut suivi de plusieurs évacuations. A partir de ce moment, elle continua à aller bien et elle sortit guérie quatre semaines après notre intervention. Je puis donc rapprocher ce résultat de ceux signalés par M. Dandois à la Société de Chirurgie, en juin dernier. Il montre bien l'influence heureuse des injections d'eau salée dans certaines infections d'origine chirurgicale. Cette action se rapproche sans doute de celle décrite par Bordet, dans les *Annales de l'Institut Pasteur* (1). Le sérum artificiel agit comme l'injection préalable du bouillon peptonisé dans le péritoine du cobaye, où il détermine une chimiotaxie positive capable de provoquer le travail de phagocytose.

REVUE DES THÈSES

Aurégan.—DE L'HYDRORRHÉE DÉCIDUALE. (*Thèse de Paris*, 1897-1898.)

Bien des sources peuvent provoquer une perte d'eau chez les femmes enceintes : rupture d'un kyste hydatique, d'un follicule du col, d'un œuf surnuméraire, d'une poche amnio-choriale, etc..., on a donné à ces phénomènes le nom d'hydrorrhée.

On appelle hydrorrhée amniotique l'écoulement d'eau qui survient à la suite d'une rupture prématurée des membranes (chorion et amnios) ou à l'écoulement de sérosité ayant pris naissance au niveau de la muqueuse utérine modifiée. Cet écoulement est le plus souvent suivi, quelques heures près, de l'avortement ou de l'accouchement prématuré. Dans l'hydrorrhée déciduale, le liquide, qui la compose, est le plus souvent séreux.

Si du liquide vient s'accumuler dans l'épaisseur de la caduque et qu'il en soit chassé au dehors par décollement de ces caduques, nous aurons l'hydrorrhée. Si cette accumulation se produit avant la fin du troisième mois, alors que les deux caduques ne sont pas encore en contact immédiat, alors que la caduque ovulaire ne remplit pas assez exactement la cavité utérine pour venir recouvrir l'orifice interne du col, le liquide s'écoulera facilement au dehors, sans faire effraction. Tarnier décrit cette variété sous le nom d'hydropérionie.

Si, d'autre part, le liquide se produit après le troisième mois, que les caduques arrivent en contact et commencent à se souder, le liquide décollera les membranes ; si l'accumulation devient assez considérable pour atteindre l'orifice interne, les membranes seront décollées jusqu'à ce niveau et le liquide s'écoulera au dehors. Nous aurons alors l'hydrorrhée déciduale proprement dite.

Le plus souvent le liquide qui constitue l'hydrorrhée est séreux, limpide comme de l'eau. Mais, supposons que la poche liquide se soit formée non loin de la caduque utéro-placentaire et qu'elle décolle légèrement le placenta, des vaisseaux sanguins seront ouverts, du sang se mélangera à l'eau de l'hydrorrhée qui sera teintée en rouge. La rupture des vaisseaux sanguins, existant sur une caduque épaissie, et présentant de nombreuses vascularisations telles que celles de l'observation de Demelin, peut ainsi expliquer la teinte rouge du liquide. Budin cite aussi un cas où la caduque était très vasculaire et présentait des foyers hémorragiques. D'après l'époque où l'hydrorrhée se produit et d'après la couleur du liquide, on peut diviser l'hydrorrhée déciduale en trois variétés.

1° L'hydropérionie de Tarnier, ou hydrorrhée des trois premiers mois, se faisant sans décollement des caduques par leur simple écartement. Elle est bien distincte de l'hydropérionie, de la théorie Huntérienne, qui n'était autre chose que la lymphe plastique, restée non coagulée, entre la caduque vraie et la caduque réfléchie.

(1) *Annales Pasteur*, mars 1897. Contribution à l'étude du sérum anti-streptococcique.

2° L'hydrorrhée déciduale type qui se fait après le troisième mois et qui détermine le décollement des caduques. Le liquide en est le plus souvent séreux.

3° L'hydrohématorrhée : lorsque le liquide séreux vient à se mélanger de sang.

La persistance de l'écoulement après l'accouchement avait permis à Naegele de penser que le point de départ du liquide et par suite le siège du mal était dans la paroi utérine ; son hypothèse était confirmée par l'examen des membranes de l'œuf qu'il avait toujours trouvées saines chez les femmes qui avaient présenté de l'hydrorrhée, du moins pour ce qui concerne le chorion et l'amnios.

Dans ces dernières années, l'examen minutieux des délivres a permis d'observer chez les femmes qui avaient présenté de l'hydrorrhée, des altérations que l'on rencontre dans une affection de l'utérus dont l'anatomie pathologique est bien connue, dans l'endométrite. Dans certains cas, il est vrai, ces lésions n'ont pas été observées.

Hydrorrhée par congestion passive. Dans ce cas les femmes présentent une infiltration du tissu cellulaire, de l'œdème, de l'anasarque, de l'ascite : ce sont des cardiaques, des hépatiques, des rénales. La stase sanguine qui a produit cette hydropisie généralisée existe d'autant plus facilement du côté de la matrice, que cet organe a, pendant la grossesse, une suractivité circulatoire énorme. Les capillaires de la muqueuse se laissent distendre d'une façon passive cette fois, mais cette surdistension a le même résultat sur la congestion active, peut-être même plus marquée encore, car elle est de tous les moments. Il se produit également une dilatation des capillaires sanguins, une filtration de sérum dans ce stroma et la sécrétion est constituée.

Chassinat, Grimodie, Stapfer, Chailly, Honoré rapportent des cas d'hydrorrhée chez des ascitiques, des cardiaques.

Tarnier décrit à part l'hydrorrhée des premières semaines sous le nom d'hydropérionie. L'hydropérionie se présente fréquemment chez les femmes enceintes. C'est par l'anamnèse qu'il faut rechercher ce symptôme. On apprend qu'il sort fréquemment par les organes génitaux la valeur de une, deux, trois cuillerées à soupe, d'un liquide généralement clair. Le flot peut se montrer une ou plusieurs fois. Le liquide est toujours en petite quantité, le plus souvent aqueux, quelquefois gommeux et l'une ou l'autre fois teinté en rose par suite de l'endométrite. Cet écoulement est précédé de quelques malaises, de coliques, de douleurs de reins. Au bout de quelques jours de calme complet, mêmes accidents déjà cités, ainsi pendant deux et trois mois.

Stapfer décrit une hydrorrhée type. Brusquement, sans cause appréciable un flot de liquide s'échappe des parties génitales, sans que la femme en soit autrement avertie que parce qu'elle se sent mouillée.

La quantité de ce liquide est variable et n'a jamais pu être mesurée, à cause de la rapidité de son irruption ; elle est de 50 à 100 grammes, plus souvent de 200 à 300 grammes ; exceptionnellement elle atteint ou dépasse 500 grammes.

Ce liquide est en général transparent, limpide, de couleur citrine, il est quelquefois roussâtre comme teinté par du sang. Il peut être aussi jaunâtre, légèrement purulent, s'étant mélangé aux mucosités du col ou du vagin.

Son odeur fade, spermatique, rappelle celle du liquide amniotique.

Ce liquide tache légèrement, mais les tissus sont un peu raidis, empesés. Après le premier flot hydrorrhéique l'écoulement se transforme en un suintement qui diminue progressivement pour disparaître après quelques heures le plus souvent. Quelquefois cet écoulement peut persister jusqu'à la fin de la grossesse et quelquefois après l'accouchement.

L'observation de Duclos nous montre que le liquide siégeait en dedans de la paroi utérine et en dehors des membranes propres l'œuf, dans la caduque, ou d'une façon précise, comme le pense Bonnaire, entre la couche des culs-de-sac et la couche raréfiée de la caduque pariétale. L'accumulation de liquide avait produit un décollement assez étendu des membranes, présentant deux stades différents. Dans le plus récent, celui où le liquide venait de se former, les membranes n'offraient que peu de modifications ; dans le second il s'était fait, après l'écoulement du liquide, des dépôts fibrineux à la surface des parois de la poche ; mais il n'y avait pas d'adhérences. Du côté du liquide amniotique et du fœtus, il n'y avait pas de modifications.

Robin et Hegar ont trouvé sur les caduques de femmes ayant présenté de l'hydrorrhée, des altérations correspondant à l'endométrite. Cette endométrite peut atteindre la caduque utérine (et c'est d'ailleurs le cas le plus fréquent) la caduque ovulaire ou la caduque inter-utéro-placentaire. L'altération porte le plus souvent, dans les cas accompagnés d'hydrorrhée, sur les culs-de-sac glandulaires.

Mars rapporte un cas où la caduque présentait de nombreuses saillies atteignant 1 centimètre 1/2 de hauteur ; celles-ci étaient plus ou moins irrégulières, plus souvent pédiculées, d'aspect polypiforme. Les saillies sessiles avaient la forme de plis, de nodo-

sités, d'hémisphères, de ponts. Mars rapproche ces lésions de celles de l'endométrite tubéro-polypeuse.

Malowsky a examiné les caduques d'une femme qui eut trois avortements dans la même année et dont l'un fut accompagné de perte hydrorrhéique ; dans ce cas les caduques présentaient de nombreux kystes du volume d'un pois ou d'une noisette. Ils étaient si nombreux que la coupe avait un aspect caverneux. Leur contenu était de consistance plus ou moins visqueuse, colloïde et quelquefois légèrement teinté de sang. Léopold, Winckel, Veit considèrent que ces kystes sont dus à la distension des glandes utérines gorgées de sécrétion. La paroi interne de ces kystes était en effet tapissée d'épithélium glandulaire. Hegar a, de son côté, constaté des lésions d'endométrite très nettes chez deux femmes qui eurent de l'hydrorrhée. La longueur de quelques tubes glandulaires était très augmentée, si bien que leur apparence était celle des tubes excréteurs des glandes sudoripares. Les vaisseaux étaient riches, abondants, hyperhémiés.

Dans la plupart des cas d'hydrorrhée, les caduques offraient des altérations visibles à l'œil nu et qui suffisaient pour déceler l'endométrite. Chazan cite un cas où les caduques étaient tellement épaissies que l'œuf est recouvert seulement d'une mince membrane caduque, alors que la caduque vraie épaissie est expulsée seule, et parfois plusieurs jours en retard.

Dans tous les cas où ces lésions d'endométrite ont été observées sur les membranes, les commémoratifs permettaient d'en soupçonner l'existence.

Mais bien des fois, aucune lésion n'a pu être relevée sur les membranes, ni même les lésions mécaniques produites par décollement telles que celles qui sont rapportées dans l'observation de Duclos. Cette lésion existe cependant toujours dans l'hydrorrhée déciduale vraie, survenant après le quatrième mois.

Une seule forme d'hydrorrhée peut exister sans altération ; c'est celle qui survient sans endométrite chez des femmes enceintes de 3 mois — alors les deux caduques ne sont pas soudées — et qui souvent naît sous l'influence d'une cause n'amenant qu'une suractivité fonctionnelle de la muqueuse.

En plus de ces altérations du côté de la caduque, d'autres lésions se produisent sur les membranes de l'œuf (chorion et amnios). Souvent l'épaississement de ces membranes est observé avec une augmentation de leur résistance, si bien qu'au moment de l'accouchement, la poche des eaux vient faire saillie au dehors de la vulve avant de se rompre.

D'autres fois ces mêmes membranes acquièrent par le fait de l'endométrite qui accompagne l'hydrorrhée, une friabilité excessive ayant pour conséquence une rupture prématurée des membranes.

Du liquide s'accumule entre les membranes et les parois utérines ; le muscle utérin se trouve à un moment donné surdistendu par cette accumulation, et il se contracte. Sous l'influence de cette contraction, la poche liquide comprimée uniformément a de la tendance à s'étaler. Elle décolle les membranes jusqu'à l'orifice interne, le liquide s'écoule au dehors : l'hydrorrhée déciduale est constituée.

G. Moriceau pensait que le liquide se produisait par transsudation, à travers des membranes de l'œuf, du liquide qui était dans celui-ci sous une trop grande tension.

La pensée de Geil a acquis aujourd'hui tous les suffrages et l'on admet que ces eaux sont produites par la muqueuse utérine ou plutôt par la caduque.

La première source qu'il était rationnel d'admettre pour le liquide de l'hydrorrhée était l'exagération de sécrétion des glandes caduques. Qu'elles soient le siège d'une inflammation chronique comme dans l'endométrite, cette augmentation de volume est encore bien plus considérable. Le liquide sécrété sera proportionnel à leur augmentation de volume si ce liquide ne peut s'écouler au dehors ; comme cela arrive à la fin du troisième mois, l'accumulation se produit dans la caduque même.

Ahfeld a démontré qu'au quatrième mois de la grossesse il se produit au niveau du col une occlusion due à l'existence d'un bouchon muqueux et à l'hypertrophie circulaire de la muqueuse de l'orifice interne.

L'hypertrophie de la caduque et des culs-de-sacs glandulaires a été constatée par Hegar, Hennig, Retzius, Consthein.

Pendant les deux premiers mois, la caduque est épaissie, très vasculaire, couverte de plis nombreux, criblée à sa surface de petits pertuis qui sont les orifices des glandes utérines. Les tubes glandulaires deviennent très longs et par suite sinueux, parce qu'ils croissent plus rapidement que le reste de la muqueuse. A ce moment, il n'y aura rien d'étonnant que sous l'influence d'une congestion répondant souvent à l'époque où auraient paru les règles, ces glandes sécrètent plus que normalement et produisent l'hydrorrhée.

A ce travail d'hypertrophie succède normalement un travail d'atrophie. La caduque diminue d'épaisseur, les tubes glandulaires et leurs pertuis ont peu à peu disparu, le la couche superficielle, mais les culs-de-sacs glandulaires persistent dans la couche profonde. Que sous une influence que nous essayerons de déterminer, ces glandes viennent à commencer un travail de sécrétion ou plutôt de filtration exagérée, le liquide produit aura les mêmes conséquences que le liquide des glandes hypertrophiées par l'endométrite.

Dans une observation de Demelin, l'hydrorrhée est survenue à la suite d'une émotion consécutive à une secousse brusque. Potain cite des cas où une émotion a suffi pour amener une activité sécrétoire extraordinaire des cellules hépatiques et produire un ictère particulier. L'hydrorrhée est survenue à la suite d'une chute où le traumatisme n'a pu amener un décollement des membranes, comme le pensait Depaul. On conçoit aisément que pendant la grossesse l'utérus soit en état de moindre résistance par rapport aux autres organes et que là où une émotion aurait pu produire un ictère, une polyurie à l'état normal, elle avait pour résultat d'amener un catarrhe utérin.

L'influence nerveuse dont le point de départ a été un traumatisme est appuyée par l'observation de deux hystériques recueillie par M. Tarnier, où l'hydrorrhée est survenue sans aucun traumatisme. Ces femmes n'ont dans leurs antécédents aucun symptôme qui peut faire soupçonner l'endométrite. Mais toutes deux sont nerveuses hystériques : l'une a des attaques, l'autre a de la contracture. Dans ces cas l'influence de la névrose n'a pas été étrangère et suffit à expliquer l'hypersécrétion glandulaire ayant produit l'hydrorrhée. Dans ces cas l'hydrorrhée est d'origine glandulaire, mais sans altération de ces culs-de-sac par exagération de vitalité seulement.

Ce flot hydrorrhéique peut être unique, surtout lorsqu'il est d'ordre réflexe ; mais, en général, il est à répétition et la plupart du temps les flots sont reliés par des suintements. Il semble d'ailleurs qu'il s'agit ici d'une affection assez rare. Chassinat, en 1858, en citait 52 cas et Stopfer, en 1880, n'a pu en réunir que 70 cas ; c'est à peine si, dans les dernières 20 années, on peut en recueillir une dizaine d'observations.

Néanmoins, il faut rappeler que, pour Tarnier, cette affection serait assez fréquente ; pour s'en convaincre, il suffit d'interroger les femmes qui viennent consulter dans les maternités.

Au point de vue du diagnostic, une question se pose tout d'abord : avant de penser à l'hydrorrhée, il faut savoir si cette femme est enceinte. Ce serait une erreur grossière de confondre l'hydrorrhée avec les écoulements aqueux des néoplasmes de l'utérus.

Dans le cas de grossesse, il faut tout d'abord établir que le liquide ne provient ni de la vessie, ni du vagin. L'urine est facile à reconnaître ; pour le vagin, elle est due à la rupture d'un kyste séreux, soit à l'expulsion au dehors de liquide accumulé dans le vagin. Les propriétés du liquide permettent facilement de reconnaître son origine.

Pour l'hydrorrhée, l'examen du liquide (Vernix casea, Poils, etc.) peut parfois trancher la question ; mais en général il est impossible de recueillir du liquide, et c'est par les caractères cliniques qu'on peut établir le diagnostic. On se basera : sur le mode d'écoulement du liquide, qui se fait par jets intermittents dans l'hydrorrhée déciduale ; sur la persistance toujours nette du ballottement fœtal ; sur l'impossibilité d'augmenter l'écoulement soit qu'on exprime l'utérus dans tous les sens, soit qu'on fasse varier la position de la malade : sur la continuation de la grossesse, le travail se déclarant presque toujours peu après l'écoulement dans l'hydrorrhée amniotique. Le pronostic de l'hydrorrhée déciduale est le plus souvent bénin. La grossesse arrive à terme et l'enfant vivant.

On ne peut, cependant, se prononcer d'une façon certaine sur la bénignité de cette affection d'après un premier flot. L'hydropérionie des premiers mois est très bénigne. L'hydrorrhée déciduale type est également bénigne qand les jets ne sont pas trop rapprochés. L'hydrohématorrhée est d'un pronostic plus sombre. Il faut aussi tenir compte de la cause de l'hydrorrhée déciduale.

Il n'y a pas à proprement parler de traitement curatif de l'hydrorrhée déciduale ; la seule indication est le repos au lit ; dans les cas où on aurait à craindre un avortement, pour calmer les contractions utérines, on doit donner des opiacés, de la morphine, etc....

Tout récemment, Bonnaire a préconisé la teinture de viburnum prunifolium et d'hydrastis canadensis. Dans deux cas d'hydrorrhée déciduale, le premier donna une diminution de l'écoulement pendant deux jours, puis l'hydrorrhée continua comme avant. Une pratique plus étendue est nécessaire pour se prononcer.

Tout ouvrage dont il sera envoyé deux exemplaires sera annoncé et analysé s'il y a lieu.

R. PICHEVIN, *Directeur-Gérant.*

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE DAIX FRÈRES.
Maison spéciale pour Journaux et Revues.



SOMMAIRE

CURE RADICALE DU CANCER UTÉRIN

Par R. PICHEVIN, chef des Travaux gynécologiques à la Clinique chirurgicale de Necker.

Je demande pardon à nos lecteurs de revenir sur une question qui a été longuement agitée dans ces dernières années et qui a été l'objet d'études intéressantes publiées dans ce journal par MM. Bouilly et Jacobs, et plus récemment par M. le professeur Le Dentu. Il s'agit d'un problème de si grave importance qu'il n'est peut-être pas mauvais d'en poser souvent les termes, d'en varier les formules, afin de chercher la solution.

Il ressort nettement des statistiques de MM. Bouilly et Jacobs que la survie après l'ablation de l'utérus cancéreux n'est pas considérable et que la récidive ne tarde pas à se montrer après l'opération en apparence la mieux conduite et la plus radicale. Aussi M. Bouilly, qui n'aime pas à se payer de mots, déclare-t-il qu'il faut considérer l'hystérectomie dans les cas de cancer comme la meilleure des méthodes palliatives du cancer utérin, mais qu'il ne saurait être question un instant de cure radicale.

Il ajoute même que le cancer du corps n'est pas d'un pronostic moins grave que l'épithélioma du col et que les récidives ne se font pas attendre plus longtemps dans le premier cas que dans le second.

M. Jacobs adopte ces conclusions qui découlent, du reste, de sa statistique assez étendue.

Certes, si l'on consulte les chirurgiens et les gynécologistes qui ont une expérience déjà longue de l'hystérectomie vaginale appliquée au traitement du carcinome de l'utérus, on reconnait que les assertions de M. Bouilly sont exactes dans les lignes générales. Oui, la récidive se fait avec une rapidité incroyable, parfois même dans les cas qui semblent être les plus favorables. La lésion paraît être au début et bien localisée ; cliniquement il n'y a aucun signe d'infiltration dans les tissus voisins ; le néoplasme semble être cantonné exactement dans le tissu utérin, et cependant le cancer est de nouveau évident peu de temps après l'opération.

Mais est-ce à dire pour cela que l'hystérectomie vaginale soit impuissante à enrayer le mal et que l'on ne trouve pas des survies prolongées après l'ablation de l'utérus par le vagin ?

M. Bouilly, frappé par l'ensemble de sa statistique, en doute quelque peu. Dans un cas qui lui est personnel il arrive même à mettre un point d'interrogation sur le diagnostic de cancer, en constatant que la récidive ne s'était pas produite quelques années après l'opération.

L'opinion de M. Bouilly, basée sur des faits précis et personnels, a une valeur qu'il n'est pas nécessaire de souligner. Mais le gynécologiste de Cochin n'est-il pas tombé sur une série noire ? On peut penser que s'il n'a pas observé quelques cas de longue survie sans trace de récidive, c'est qu'il a été mal servi par le hasard.

Si l'on interroge un grand nombre de gynécologistes et de chirurgiens, on constate que presque tous ont à leur actif des opérées qui semblent être radicalement guéries depuis plusieurs années. La survie prolongée après l'hystérectomie est l'exception, la grande exception même, si l'on veut, mais elle n'en existe pas moins.

A l'opposé de l'opinion, peut-être trop pessimiste, de M. Bouilly, on peut ranger celle de quelques rares chirurgiens ou gynécologistes qui enregistrent une proportion de succès véritablement surprenante. Ils relèvent un nombre relativement imposant d'opérées dont la guérison s'affirme après un laps de temps relativement considérable.

Sans doute l'on peut se demander si certains utérus enlevés avec plus ou moins d'habileté et au grand étonnement de la galerie, étiquetés cancéreux, sont véritablement atteints de dégénérescence maligne. Les difficultés de diagnostic, presque insurmontables dans certains cas, peuvent induire en erreur le clinicien le plus consommé. L'hésitation n'est pas chose absolument exceptionnelle, même quand on a en mains la pièce anatomique. Et qui ne sait pas que l'histologiste lui-même se trouve parfois singulièrement embarrassé pour formuler un avis sérieux, précis et ferme ? S'il est vrai que le plus souvent le diagnostic microscopique s'impose, il n'en est pas moins certain que certaines préparations sont de nature à inspirer la plus grande réserve.

Il s'ensuit que le diagnostic de cancer utérin peut être fait par erreur et à tort, quelquefois à la légère, d'autres fois après l'examen clinique le plus consciencieux. Quelques guérisons d'épithélioma utérin peuvent donc être l'objet d'une légitime suspicion, mais il n'en est pas toujours ainsi, Dieu merci, et il faut le proclamer. Des cancers les plus avérés, tant au point de vue clinique qu'au point de vue anatomo-pathologique, ont été enlevés avec un succès qui se maintenait plusieurs années après l'intervention.

Il est évident que la statistique remarquable du professeur Ott (de Saint-Pétersbourg) doit fixer l'attention. Les longues survies qu'il a relevées après l'hystérectomie vaginale contrastent avec les mauvais résultats signalés par Bouilly et Jacobs en particulier. Même en faisant la part de ce qui peut être attribué à une erreur de diagnostic par suite de l'imperfection de nos moyens d'investigation, il n'en reste pas moins acquis que le professeur russe rapporte une série de succès qui diffère totalement de la triste liste de la plupart des gynécologistes et des chirurgiens.

A quoi faut-il imputer ces résultats si dissemblables ?

L'habileté opératoire peut-elle être mise en cause ? Il est certain que non.

Cette différence si tranchée dans les résultats est-elle due à ce fait que certains opérateurs refusent le bénéfice de l'hystérectomie à des malades que d'autres chirurgiens acceptent d'opérer ? Si certains gynécologistes ne tentent pas l'ablation de l'utérus cancéreux toutes les fois que la paroi vaginale est atteinte même légèrement ou que les ligaments larges semblent suspects, ne s'ensuit-il pas qu'en restreignant ainsi le champ des indications aux cas de début, à ceux qui sont strictement limités à la matrice, ils arrivent à avoir des résultats meilleurs au point de vue de la survie ?

Il ne me semble pas douteux que si l'on enlève l'utérus et qu'on laisse des tissus manifestement dégénérés, on n'a aucune chance de guérison. Il n'y a même plus à parler de récidive, dans certains cas. Il s'agit de la continuation du mal sans aucun répit. Mais je ne crois pas que la rigoureuse observance des indications opératoires soit de nature à influer sur les résultats lointains. En effet, qu'un chirurgien fasse dans sa propre statistique le départ des cas franchement mauvais qu'il a opérés de ceux qui semblaient très bons et il constatera non sans surprise que les plus longues survies ne se rencontrent pas toujours dans la colonne des malades dont la lésion semblait être récente au point de vue clinique, et nettement limitée à l'utérus.

Il y a donc autre chose.

Doit-on chercher la raison de la discordance dans les résultats lointains de l'opération dans la différence des lésions ? Certaines formes de cancer sont-elles plus malignes que d'autres ? La propagation se fait-elle plus facilement ici que là ?

Il y a lieu de le supposer, sans qu'aucune preuve décisive

en ait été fournie. Il faut croire, par exemple, que certaines dégénérescences peuvent être enlevées avec succès dans leur stade initial. Les lésions inflammatoires en voie de transformation sont susceptibles, je crois, d'être traitées avec avantage, et avec des chances de réussite.

La localisation du cancer dans certains points n'est-elle pas de nature à expliquer ces différences dans les résultats opératoires ?

Il est de doctrine courante que la tumeur maligne du corps de l'utérus est moins grave que les dégénérescences malignes du col. M. Bouilly n'a pas confirmé l'opinion que l'on trouve consignée dans la plupart de nos ouvrages classiques ou dans les publications spéciales. Il semble cependant bien acquis que les dégénérescences épithéliomateuses de la cavité corporelle se généralisent moins vite que les cancers de la portion cervicale.

Doit-on invoquer des différences dans les lymphatiques qui ne se comporteraient pas d'une façon identique suivant que le néoplasme siège dans le segment supérieur ou le segment inférieur de la matrice. Et en quoi consisterait cette différence ? Le corps est une véritable éponge lymphatique et on ne comprend pas bien les raisons qui s'opposeraient à la rapide propagation des éléments cancéreux. Cependant, il est d'observation banale que le néoplasme du col envahit plus souvent le vagin que le carcinome du corps n'atteint les ligaments larges et les ganglions.

Il reste à discuter l'influence des procédés opératoires sur les résultats lointains.

On peut dire tout d'abord que le procédé qui permettra le plus aisément et le plus sûrement de dépasser les limites de la zone utérine, d'enlever une portion des ligaments larges sera celui qui aura le plus de chances de donner des résultats durables.

Le procédé de bascule antérieure qui permet d'extérioriser la matrice et d'atteindre les ligaments larges sur une assez large étendue réalise les conditions les meilleures, semble-t-il.

D'autre part, ceux qui enlèvent systématiquement la portion du vagin voisine du col, ne se mettent-ils pas mieux à l'abri des récidives ?

Faut-il aller plus loin et mettre à exécution la proposition de Pawlick qui, après cathétérisme de l'uretère, dissèque les tissus péri-utérins et enlève toute la zone suspecte.

C'est dans le même ordre d'idées que certains gynécologistes se décident à faire la laparotomie dans le but d'extirper tous les tissus néoplasiques, d'attaquer les ganglions et de poursuivre les dégénérescences, comme on le fait dans l'aisselle, quand il s'agit d'un cancer du sein. C'est ainsi que Mackenrodt combine l'hystérectomie vaginale à l'hystérectomie abdominale, enlève une longue bande vaginale, résèque les ligaments larges, etc.

D'autres gynécologistes ont conseillé de pratiquer l'hystérectomie par la voie sacrée, ce qui donne plus de jour. Mais ces tentatives d'ablation d'utérus par la voie sacrée ont été presque universellement abandonnées.

Enfin, des opérateurs de valeur insistent sur la nécessité de faire l'hystérectomie en évitant avec soin toute inoculation aux parties voisines, au péritoine, etc. Aussi ont-ils soin d'employer de préférence les procédés qui détruisent les tissus néoplasiques avant d'ouvrir la cavité péritonéale.

Certains professent que l'instrument tranchant transporte les particules des tissus cancéreux, réalise des inoculations. Ils vantent l'action du feu qui détruit sur place les tissus néoplasiques et les atteint dans la profondeur. Il s'agirait d'une action destructive plutôt que d'une action élective. Quoi qu'il en soit, il semble, d'après quelques statistiques étrangères, que les résultats constatés après l'emploi du galvano-cautère ou du thermo-cautère soient supérieurs à ceux obtenus par la méthode habituelle d'hystérectomie vaginale.

Les déplorables résultats lointains de l'hystérectomie vaginale tels qu'ils ont été publiés en particulier par MM. Bouilly et Jacobs, nous autorisent à faire quelques tentatives dans cette voie. On ne peut pas obtenir des résultats éloignés moins satisfaisants que ceux qui sont connus à cette heure par la méthode usuelle.

Peut-être serait-il bon d'éviter avec le plus grand soin de mettre les tissus cancéreux en contact avec le péritoine, de ne pas ouvrir par exemple la cavité corporelle, de bien désinfecter, cautériser les tissus néoplasiques, et, enfin, de se servir, à la place du bistouri, soit du thermo, soit du galvano-cautère. Sans doute, l'opération sera plus longue, moins brillante, moins facile, mais les efforts du chirurgien seraient largement récompensés s'il obtenait des résultats lointains meilleurs, une survie plus considérable chez un certain nombre d'opérées.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES

Grosses tumeurs fibro-kystiques de l'utérus

Par G. Bouilly.

(Suite et fin.)

Observation X

Volumineux fibrome kystique suppuré de l'utérus, hystérectomie abdominale supra-vaginale ; mort de septicémie lente.

Mme M., âgée de 54 ans, m'est adressée par le professeur Bleynie, de Limoges, pour une très volumineuse tumeur abdominale que la malade se connaît depuis 12 ans environ, et qui a considérablement grossi depuis 6 à 8 mois : Mme M. est une femme petite, mais bien prise, bien portante, ayant eu deux grossesses, n'ayant jamais fait de maladie, n'étant nullement malade actuellement, mais seulement très gênée par le volume toujours croissant de sa tumeur. Celle-ci est énorme, remonte jusqu'à l'épigastre, emplit la fosse iliaque et fait bomber en avant le ventre qui retombe sur le pubis et la partie supérieure des cuisses. Elle est ferme, très tendue, vaguement fluctuante, recouverte par une paroi abdominale très grasse et très ferme. Le Dr Bleynie pense qu'il s'agit d'un fibrome, peut-être kystique ; j'ai tendance à croire qu'il s'agit d'un vieux kyste de l'ovaire à parois épaisses. L'utérus est haut situé et ne subit aucun déplacement par les très légers mouvements qu'on peut imprimer à la tumeur. Il n'y a aucun doute sur la nécessité de l'ablation de cette énorme tumeur par la laparotomie.

Opération le 22 juillet 1897. Après l'incision du péritoine il est facile de voir que la tumeur est un énorme fibrome développé sur le fond de l'utérus ; elle a un aspect rougeâtre, charnu, tout à fait caractéristique et se continue à plein tissu avec le fond de l'utérus augmenté environ d'un tiers de son volume. L'incision agrandie à un grand travers de main au-dessus de l'ombilic, le fibrome est harponné avec le tire-bouchon et facilement amené à l'extérieur ; les ligaments larges sont coupés dans leur portion supérieure après ligature, et un lien élastique est placé sur le corps utérin, après section transversale du péritoine et décollement facile de la vessie ; le lien de caoutchouc se trouve placé sur la portion supra-vaginale du corps utérin en un point où il n'est guère plus gros que le pouce. Après ablation de la tumeur, ce pédicule est réduit dans l'abdomen après excision de la muqueuse utérine, thermo-cautérisation et suture au catgut des deux lèvres de la section utérine.

L'opération a été simple et facile. En coupant le fibrome pour l'examiner, le bistouri tombe dans une énorme cavité contenant un pus épais, verdâtre, bien lié, sans aucune odeur et dont la quantité est de 7 litres. La paroi qui renferme le liquide a l'apparence du tissu utérin, fibromateux ; elle est épaisse de 3 à 4 centimètres, assez épaisse pour que le tire-bouchon ait pu se ficher dans son tissu sans pénétrer dans la cavité purulente, de sorte que la tumeur a été enlevée en totalité, dans l'idée qu'il s'agissait d'une tumeur entièrement solide. A la partie inférieure, le tissu de la tumeur fibreuse se continue sans interruption avec le tissu du fond de l'utérus, sans ligne de démarcation apparente.

Dès les premiers jours qui suivirent, malgré la conservation d'un état général excellent, sans douleur de ventre, sans réaction péritonéale, sans altération des traits, la température monte à 38°5 le soir, pour ne plus jamais revenir à la normale.

A partir du 2 août, 10 jours après l'opération, tout le corps est couvert d'une éruption acnéiforme, presque confluente.

Le 6 on constate et on incise un abcès sous-cutané diffus de la fesse droite.

Le 7 apparaissent des furoncles en diverses régions des fesses et du dos ; les jours suivants, la température augmente, le pouls devient très fréquent à 120 en moyenne et l'auscultation fait constater un souffle cardiaque systolique. En outre, il existe depuis quelques jours déjà une diarrhée fétide et abondante.

Le 12, il se produit un nouvel abcès de la fesse, avec apparence d'anthrax et gangrène du tissu cellulaire ; le 14, on constate un autre abcès volumineux au niveau du grand trochanter droit et un autre de la largeur de la main dans la fosse sous-épineuse droite. Ces abcès ont une apparence absolument spéciale ; la peau n'est pas soulevée, elle ne fait aucun relief ; mais, rouge sombre, violacée, elle se perce rapidement de nombreux pertuis donnant issue à des bourbillons.

La plupart des boutons acnéiformes développés sur la peau deviennent autant de petits furoncles.

De nouveaux abcès se produisent dans la région deltoïdienne droite et inter-scapulaire et en dépit des bains froids, des injections de sérum, des pansements antiseptiques, des toniques de tout ordre, la malade succomba lentement sans agonie le 4 septembre, près de 6 semaines après l'opération.

L'examen bactériologique du pus retiré du fibrome démontra que ce pus était stérile et ne donnait lieu à aucune espèce de culture.

Le pus retiré des abcès renfermait le streptocoque en quantité considérable.



OBSERVATION VI.

Volumineux fibrome kystique suppuré : hecticité ; hystérectomie abdominale supra-vaginale avec ligature élastique perdue. Guérison complète.

Mme L. L., 44 ans, a été soignée depuis 7 ans pour un fibrome utérin par l'électricité ; elle a subi tous les ans un traitement électrique de 2 mois. Ce fibrome n'a jamais déterminé ni douleurs ni hémorrhagies : il n'a été cause au début que d'une certaine gêne abdominale : cette dame a eu deux grossesses il y a 18 et 20 ans et a accouché normalement. Il s'est produit une perte sanguine pour la première fois au moment des règles de juin et une deuxième au moment de celles de juillet (le 18) ; quelque temps auparavant, dans l'intervalle des pertes, un médecin en province a fait quelques séances d'électrisation intra-utérine à haute intensité et au moment de la perte de juillet il a pratiqué un tamponnement vaginal qui a été laissé en place pendant 36 heures. Au moment de l'ablation de ce tamponnement, la malade a été prise d'une fièvre assez violente qui, depuis ce moment, ne l'a jamais quittée ; la température régulièrement prise a été, à partir de ce moment, élevée à 39° le soir et 37°7 ou 37°9, le matin ; cependant, la malade n'était pas arrêtée, elle était seulement fatigué, et au 5 août elle pouvait aller du Mans dans la Touraine, où elle passa les mois d'août et septembre ; ce n'est qu'il y a une vingtaine de jours qu'elle commença à souffrir du ventre et à s'apercevoir qu'il augmentait de volume ; un peu inquiète, et sur le conseil de divers médecins, elle vint à Paris pour me consulter. Le 1er octobre 1897, après avoir fait diverses courses en voiture, elle fut prise dans la nuit du 1er au 2 de violentes douleurs abdominales, en même temps qu'il se faisait une augmentation du ventre, un développement de tympanisme et que l'état général devenait rapidement mauvais ; le pouls prenait une fréquence extrême et arrivait à battre dans les 160 à 180, pouvant à peine être compté et perçu. Je suis appelé à voir la malade le 7 octobre au soir.

La malade est extrêmement amaigrie, d'une pâleur de cire, avec de l'œdème aux malléoles, à la partie interne des cuisses et à la grande lèvre droite ; le pouls est petit, incomptable, d'une fréquence extraordinaire. Il n'y a pas de dyspnée ; l'intelligence est parfaite ; les douleurs sont très modérées. Depuis 7 jours, l'inappétence est absolue ; la langue a une tendance à être sèche et vernissée ; dans les temps qui précédaient, en dépit de la fièvre, la malade mangeait avec assez d'appétit.

Le ventre est extrêmement développé ; il y a dans la région épigastrique et sus-ombilicale un tympanisme énorme qui arrive jusqu'à l'épigastre et tout le reste du ventre, les flancs, l'hypogastre sont distendus et paraissent absolument pleins. Toute la partie épigastrique présente une sonorité tympanique ; il y a de la sonorité également dans le flanc droit et la fosse iliaque droite ; tout le reste du ventre est mat. Dans toute la partie mate, il existe une fluctuation profonde, mal marquée, comme dans une poche très tendue ; à la percussion par chiquenaude, il y a un frémissement ondulatoire moins marqué que dans l'ascite ; l'ombilic n'est pas repoussé ; la paroi abdominale est intacte, il n'y a qu'un peu d'œdème dans la région sus-pubienne. La malade urine facilement en petite quantité ; il y a une constipation très marquée avec des matières dures dans le rectum. Depuis le début des accidents au 1er octobre la malade a eu chaque jour une piqûre de sérum de 300 à 400 grammes.

Il n'est pas douteux qu'il y a dans cet abdomen une abondante collection purulente, dont le siège exact est difficile à préciser ; j'émets l'hypothèse d'un kyste de l'ovaire suppuré sous l'influence de l'électricité et du tamponnement ou d'une vaste péritonite enkystée à pneumocoques. Je pense que le fibrome a bien pu simuler un kyste qui, actuellement, serait suppuré. En tout cas, l'indication est formelle de faire la laparotomie, et de se comporter suivant les circonstances. La malade est transportée sans encombre à la maison de santé de la rue Blomet, le vendredi 8 ; elle reçoit le 9 au matin un purgatif et est préparée à l'opération.

Laparotomie de 9 à 11 heures (Docteurs Chélon, Billod, Chaillou).

L'incision conduit dans un péritoine sain, et mène sur une énorme tumeur d'apparence charnue en bas, blanchâtre et cartilagineuse en haut qui remplit tout l'abdomen. Il est facile de se convaincre de suite qu'il s'agit d'une énorme tumeur fibreuse devenue kystique. Une ponction avec aspiration donne issue à environ un litre 1/2 de pus grisâtre, horriblement fétide, d'odeur fécaloïde ; l'écoulement s'arrête sans que la poche soit sensiblement réduite ; le trocart est bouché par un bouchon fibrineux, imbibé de pus, il est retiré et la tumeur est un peu amenée hors du ventre. Pour cela, il est nécessaire de détacher à sa partie antérieure et supérieure de larges adhérences épiploïques qui sont saisies entre des pinces en T, et immédiatement liées au catgut n° 8. Puis, de suite, dans une manœuvre pourtant très modérée de traction, la poche se rompt largement hors du ventre, et la rupture donne lieu à une véritable inondation de pus fétide dont la quantité n'est pas moindre de 7 à 8 litres ; il ne s'écoule un peu de pus dans le ventre qu'en avant, derrière le pubis où il est épongé, lavé et touché au sublimé au 1/1000 ; le reste du ventre n'est pas souillé. La poche entière peut alors être amenée à l'extérieur, et il est facile de constater qu'elle est développée sur le fond de l'utérus qu'elle coiffe d'une énorme calotte et qui, au-dessus d'elle, a son volume normal.

Le seul parti à prendre est de faire l'hystérectomie abdominale : ligature et section des ligaments larges ; décollement de la vessie par un lambeau péritonéal antérieur ; isolement du corps utérin ; application de deux tours d'un tube d'un caoutchouc plein au-dessus de l'insertion vaginale ; section transversale du corps utérin ; abrasion de la muqueuse utérine au bistouri et thermo-cautérisation soignée, réduction du moignon saupoudré d'une légère couche d'iodoforme. Le ligament large droit qui suinte un peu au niveau de sa tranche de décollement est fermé par la suture au catgut. Le cul-de-sac péritonéal antérieur où avait été répandu le pus est soigneusement essuyé et reçoit un drain placé derrière la symphyse ; un autre gros drain est placé dans le cul-de-sac péritonéal postérieur derrière le moignon utérin. Le péritoine sécrète en grande abondance de la sérosité teintée par le sang et il me paraît dangereux de refermer le ventre sans drainage.

Suture de la paroi à deux étages, sauf au niveau des drains ; un crin de Florence d'attente à ce niveau.

Toute l'opération qui s'est faite sans accident, a duré une heure, pansement compris. La malade a bien supporté le chloroforme, malgré la petitesse et la rapidité de son pouls.

11. Suites meilleures qu'on n'aurait pu l'espérer. Les drains ont donné de la sérosité légèrement rosée en quantité considérable, la pression ne fait plus rien sourdre de l'abdomen, les drains sont retirés et une petite mèche de gaze iodoformée est mise dans le trajet à 2 cent. environ de profondeur pour laisser une issue facile aux liquides de l'abdomen.

12. La mèche de gaze est retirée et la plaie est fermée avec le crin de Florence d'attente.

15. Depuis l'opération, la température oscille toujours entre 38° et 38°6 ou 38°7 ; l'état général est excellent ; il n'y a ni douleur du ventre, ni vomissement ; il y a seulement tendance à la diarrhée et à la desquamation de la langue. La grande lèvre et les membres inférieurs ont perdu leur œdème, du moins en grande partie.

Le pansement défait, le ventre est ballonné, légèrement tendu dans la région ombilicale, un peu douloureux à la pression dans la fosse iliaque gauche. La ligne de réunion est désunie à sa partie inférieure, au niveau du fil d'attente, et il s'écoule de suite 80 à 100 grammes de sérosité péritonéale, limpide, claire, sans tendance à la suppuration. Un drain de 10 cent. environ de long est posé dans l'abdomen et donne issue à ce liquide.

Il s'agit manifestement d'une sécrétion péritonéale exagérée que sa quantité rend impossible à résorber, c'est à mon avis le premier stade de l'hydrorrhée péritonéale que j'ai observée plusieurs fois et qui a été bien décrite par M. Monod.

Dans les deux jours qui suivirent, cette sécrétion diminua peu à peu et fut tarie en très peu de temps.

La réunion immédiate fut obtenue à la levée des fils et la petite plaie par laquelle passait le drain se cicatrisa dans le même temps.

Jamais, malgré la gravité de son état au moment de l'opération, cette malade ne nous inspira de crainte.

L'œdème des membres inférieurs et des grandes lèvres disparut quelques jours après l'opération.

L'état général devint rapidement bon.

Vers le seizième jour, il se produisit à l'avant-bras droit, près du pli du coude, une petite tuméfaction inflammatoire qui ressembla à de la phlébite avec périphlébite au niveau d'une des veines radiales. Cette petite complication, qui ne s'accompagna même pas de fièvre, se termina par résolution.

La malade quitta la maison de santé en parfait état le 21 novembre pour se rendre dans le Midi ; elle circulait depuis plus de 15 jours et personne en la voyant n'aurait pu reconnaître la moribonde qu'elle était au moment de l'intervention.

Il n'y eut jamais aucune douleur abdominale, ni aucune sécrétion vaginale.

Dans les jours qui suivirent l'opération et dès le lendemain, le pouls qui était à 140-160, presque incomptable, se ralentit pour tomber rapidement à 120 et à 100, puis à 92. Cette tachycardie était évidemment d'origine infectieuse. Il en fut de même d'une petite toux sèche qui durait depuis longtemps et disparut après l'opération.

L'examen bactériologique du pus, fait de suite après l'opération, démontre que ce pus est stérile et ne donne lieu à aucune culture.

REVUE FRANÇAISE

Pierallini. — SUR LA PHAGOLYSE DANS LA CAVITÉ PÉRITONÉALE. (*Annales de l'Institut Pasteur*, XI, p. 308. Analyse des *Annales de micrographie*.)

Si on injecte dans le péritoine d'un Cobaye neuf, 3 centimètres cubes d'une émulsion de vibrions cholériques additionnée de sérum préventif, les microbes présentent le phénomène de Pfeiffer, et peu de minutes après l'injection, le liquide péritonéal devient transparent, par suite de la disparition des leucocytes. Puis, au bout d'une demi-heure ou une heure, les leucocytes réapparaissent et l'exsudat redevient peu à peu normal.

Tel est le phénomène auquel M. Metchnikoff, qui l'a découvert, a donné le nom de phagolyse. Selon lui, les leucocytes se dissolvent en partie dans le liquide et se réunissent en partie en amas entourés d'une couche glaireuse sur les parois abdominales et sur les divers organes. M. Durham, de son côté, n'admet pas cette dissolution des leucocytes, et nomme leucopénie le même phénomène. L'auteur a reconnu qu'un liquide, quel qu'il soit, injecté à la dose de 3 centimètres cubes dans le péritoine du Cobaye, est capable de produire la disparition temporaire des leucocytes de l'exsudat, surtout si ce liquide est injecté froid. En sacrifiant un Cobaye un quart-d'heure après l'injection d'un liquide phagolytique et d'encre de Chine, il a pu s'assurer que la totalité de la matière injectée se trouvait déposée sur le grand épiploon et qu'un certain nombre de leucocytes contenaient des grains noirs d'encre.

Cependant, quelques leucocytes restent vides, la phagocytose est incomplète ; d'autres sont déchiquetés, altérés ; et si l'on examine une préparation colorée par la méthode de Weigert, on voit

que leucocytes et grains d'encre sont emprisonnés dans un reticulum fibrineux. L'auteur en conclut à la destruction d'un certain nombre de leucocytes pendant la phagolyse.

Chez les Cobayes préparés depuis quelques heures par une injection intrapéritonéale de bouillon stérilisé, ou mieux d'une dissolution de chlorure de sodium, de potassium ou de lithium, et chez lesquels existe une hyperleucocytose très intense, l'étude de la phagolyse a montré à l'auteur que la diminution du nombre des leucocytes est bien plus faible que chez les Animaux non préparés; la phagocytose se montre bien plus énergique, la matière glaireuse et la fibrine manquent presque complètement. Ces faits viennent, semble-t-il, corroborer les résultats obtenus par M. Issaeff en étudiant chez les animaux ainsi préparés, la résistance aux infections péritonéales.

REVUE AMÉRICAINE

Edward J. Ill. — TRAITEMENT DE L'ENDOMÉTRITE PUERPÉRALE PAR LA MÉTHODE DE CAROSSA. (*Annals of Gynec. and Pediatry*, octobre 1897.)

Voici, d'après Carossa lui-même, la description de la méthode : on introduit une sonde dans l'utérus et l'on tamponne la cavité de l'organe avec de la gaze hydrophile peu tassée. A l'extrémité de la sonde l'on adapte un entonnoir par lequel on verse une solution d'alcool à 25 %, destinée à imbiber la gaze qui remplit l'utérus. On doit introduire ainsi de 30 à 50 centimètres cubes toutes les heures, jour et nuit.

Carossa admet que sous l'action de la température lente, une partie de l'alcool s'évapore pour imbiber la totalité de la muqueuse utérine. C'est à la production de vapeurs alcooliques que seraient dus les bons résultats de la méthode. Malheureusement cette théorie ne se soutient pas, attendu que l'évaporation ne saurait se produire que dans un organe creux, rempli d'air, condition que ne remplit pas l'utérus. La petite quantité d'air introduite avec la gaze ne tarde pas à s'échapper par le canal cervical.

La méthode se recommande cependant par plusieurs avantages, car elle permet d'appliquer sur l'endométrium un antiseptique non toxique et d'enlever tous les débris organiques qui ne tarderaient pas à constituer un excellent milieu de culture.

Voici comment l'auteur applique la méthode : après avoir nettoyé l'utérus par le curettage et l'irrigation, il introduit dans sa cavité une sonde en caoutchouc de petit calibre munie d'un entonnoir, analogue à celle qui sert pour le lavage de l'estomac. L'entonnoir est muni d'un robinet. L'utérus est alors tamponné avec de la gaze iodoformée peu tassée, puis on verse dans l'entonnoir de l'eau additionnée de 25 % d'alcool et l'on ouvre le robinet de manière à laisser l'alcool pénétrer doucement. Lorsque l'écoulement du liquide touche à sa fin, on ferme le robinet pour éviter la pénétration d'une trop grande quantité d'air lorsqu'on recommencera l'injection. On verse ainsi dans l'entonnoir 60 centimètres cubes toutes les deux heures, ce qui peut être confié à un aide. La gaze ne sera pas renouvelée avant le 3e jour et peut même demeurer en place six jours, suivant la température de la malade.

Cinq fois l'auteur s'est servi de cette méthode avec un plein succès. Le traitement avait duré de 4 à 12 jours, et dans aucun cas on ne remarqua des signes d'intoxication par l'alcool.

M. Lévy.

REVUE ANGLAISE

William Gardner. — PROCIDENCE DE L'UTÉRUS AVEC MULTIPLES CALCULS VÉSICAUX. (65e Congrès de l'Ass. méd. angl., *Brit. Med. J.*, 23 oct. 1897.)

Femme de 73 ans : procidence depuis 20 ans, sans symptômes pénibles, sauf de récents ténesmes pelviens très douloureux. En saisissant la masse prolabée, on avait la sensation d'un sac de billes. Incision à travers la paroi vaginale antérieure et la base de la vessie : retrait d'une multitude de calculs dont 6 de la grosseur d'une noisette. On ne fait pas de suture afin de permettre le repos et les lavages de la vessie purulente. Maintien de la procidence au moyen d'un pessaire de Sims maintenu par un bandage en T.

Franklin Martin. — TRAITEMENT DES FIBROMES PAR LA LIGATURE VAGINALE DES LIGAMENTS LARGES. (65e Congrès de l'Ass. méd. angl., *Brit. Med. J.*, 23 oct. 1897.)

L'auteur pratique depuis 1892 cette opération et proclame ses droits à la priorité : ses résultats sont d'abord : de supprimer les hémorragies en supprimant l'apport des vaisseaux utérins, ensuite, de produire l'atrophie des tumeurs : 1° en les privant de nutrition, 2° en provoquant des perturbations trophiques par la ligature des nerfs.

Technique. Ethérisation, position de la taille : un aide à droite et à gauche ; un rétracteur large et court en haut et en bas expose le col en écartant les parois vaginales ; une forte soie traverse le col et servira à mobiliser l'organe. Dilatation, curettage et tamponnement de la cavité utérine, afin de préserver, par la suite, de toute infection les plaies vaginales.

Le col est fortement attiré à droite, afin d'exposer le cul-de-sac gauche et la base correspondante du ligament large. On saisit alors avec un tenaculum le repli de la muqueuse vaginale, à son insertion sur le col, à gauche, et on l'incise avec des ciseaux courbes dont une lame pénètre alors au delà de la muqueuse et on fait une incision courbe de 1 1/2 à 2 p. perpendiculaire à la base du ligament.

Avec les deux index, on sépare soigneusement le vagin du ligament et celui-ci de la vessie sur une hauteur de 2 p. : on le dégage également en arrière sur la même hauteur en évitant, autant que possible, d'ouvrir le péritoine. On peut alors, avec un doigt en avant et un autre en arrière, saisir toute la base du ligament sur les 2/3 de sa hauteur et à 1 p. ou 1 p. 1/2 de l'utérus et sentir les battements de l'utérine ou de ses branches. Guidée sur l'index gauche ainsi placé, une aiguille courbe, armée d'un catgut pioktanisé ou d'un tendon de kanguroo, traverse la base du ligament et on en fait la ligature soigneuse à 1 p. au moins de l'utérus : une deuxième ligature est placée de même au ras de l'organe de manière à supprimer toute connexion nerveuse et vasculaire entre lui et le ligament large : les ligatures sont coupées court et laissées au sein des tissus. On procède de la même manière à droite, puis on suture au catgut les incisions vaginales ; on aseptise soigneusement le vagin et on le tamponne à la gaze. Le tamponnement est retiré au bout de 2 ou 3 jours et remplacé par des irrigations quotidiennes au sublimé à 1 p. 2000.

Sans doute une expérience de 5 années est courte pour permettre à cette opération de soutenir la comparaison avec les opérations radicales qui fascinent aujourd'hui les chirurgiens ; mais l'avenir permettra de comparer les statistiques et pour être moins dramatique, elle se tiendra en bonne place.

En résumé : 1° La ligature vaginale de la base des ligaments larges comprenant l'utérine et ses branches est une opération *mineure* au point de vue de la mortalité ;

2° Son but est : a) la réduction de la tumeur par starvation, b) la cure des hémorragies externes par la suppression des 2/3 de l'apport sanguin.

3° L'opération ne supprime aucun des organes essentiels et, par conséquent, laisse la possibilité d'une conception ultérieure.

4° Elle est particulièrement applicable à ces cas désespérés d'hémorragies dans lesquels toute intervention radicale est vraiment prohibée.

5° On peut y recourir contre les fibromes présentant des complications telles que l'opération radicale serait trop dangereuse ou même pratiquement impossible.

6° Elle est encore et spécialement de mise contre les petits fibromes interstitiels hémorragiques qui se révèlent, au voisinage de la ménopause, par une croissance rapide et des hémorragies de gravité progressive.

7° Dans tous les cas de fibromes saignant et augmentant de volume, elle peut se substituer à l'extirpation radicale chaque fois que, par crainte ou parti pris, les malades se refusent à celle-ci.

8° Elle devrait être de pratique courante et serait de grande valeur dans tous les cas de fibromes, uniques ou multiples, ne faisant pas de saillie distincte à cause de leur siège et assez interstitiels pour recevoir leur principal apport nutritif des artères utérines.

9° Sur 14 cas de fibromes excessivement hémorragiques, traités de la sorte depuis 2 ans et plus, M. n'a eu qu'une récidive de l'hémorragie et une de la douleur.

10° L'opération est contre-indiquée dans les tumeurs pédiculées, qu'elles soient sous-muqueuses ou sous-péritonéales.

Discussion : *Vineberg* a pratiqué l'opération avec une technique différente, mais en liant soigneusement les utérines dans 5 cas, et le résultat a été ou temporaire ou nul. Il s'agissait de femmes approchant de la ménopause avec des fibromes du volume du poing à celui d'une tête d'adulte. Le curettage a été fait chaque fois qu'on l'a pu, mais il n'a pas toujours été possible à cause de l'étroitesse ou de la sinuosité du canal.

Une autre objection, c'est que les fibromes sont souvent compliqués de graves lésions annexielles qu'on ne peut découvrir que pendant l'opération, l'exploration clinique étant rendue impossible par le volume de la tumeur.

Skene. Beaucoup de chirurgiens ne voient de traitement des fibromes que dans l'hystérectomie, et cependant, malgré de brillants résultats de cette opération, il meurt bien plus de femmes,



après l'ablation de l'utérus qu'après celle des fibromes seuls. Aussi tout procédé capable de guérir en sauvegardant les organes mérite-t-il considération. La ligature est recommandable chez les femmes jeunes parce qu'elle peut suffire et que, en cas d'échec, on a la ressource de l'hystérectomie: du reste, un cinquième des cas est guéri par ce moyen : il doit donc être préconisé, mais son domaine est limité ; au voisinage de la ménopause, par exemple, l'hystérectomie est indiquée ; de même dans les cas où la ou les tumeurs ont, par leur volume ou leur siège, dévié les ligaments, de telle sorte que leur découverte et leur ligature est impossible. Il faut toujours faire le curettage, car les ménorragies continuent si on ne supprime l'endométrite qui accompagne les fibromes. On pourrait, au lieu de la ligature, employer, pour arrêter la circulation des utérines, les pinces à forcipressure et l'électricité.

James Ross — DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE PELVIENNE. (65e Congrès de l'Ass. med. angl. *Brit. med. J.*, 23 octobre 1897.)

La tuberculose primitive des organes génitaux internes et du péritoine pelvien est extrêmement rare et, avant la généralisation d'un diagnostic presque impossible en dehors de l'incision exploratrice et de l'examen microscopique. Par quelle voie pénètre le bacille ? Il est difficile de le démontrer : peut-être par l'intestin ou la vessie ; on a prouvé également qu'il pouvait suivre la voie utéro-vaginale; mais dans ces diverses hypothèses, il laisse des lésions préalables dans les voies d'accès. L'auteur rapporte trois observations personnelles dans lesquelles le diagnostic ne pouvait être fait que par la laparotomie et où le mode pathogénique est resté obscur.

Une des malades était vierge et tous les signes cliniques étaient ceux d'une salpingo-péritonite blennorragique. Du reste, c'est chez des femmes jeunes, souvent vierges, que se rencontre plus souvent la lésion. Le diagnostic doit être fait avec la salpingite, l'hystérie et la pelvi-péritonite concomitante de tumeurs annexielles et il doit être aussi précoce que possible.

Dans *la salpingite*, quelle qu'en soit l'origine, il y a eu une période d'élévation de température, de la sensibilité pelvienne et une tuméfaction uni ou bilatérale, plus ou moins prononcée, au voisinage de l'utérus. L'histoire de la maladie doit renseigner sur son origine obstétricale, opératoire, blennorragique ou tuberculeuse de contagion. S'il s'agit de tuberculose, on ne trouve, à l'origine, aucun renseignement de cet ordre: la question reste sans réponse, et, le plus souvent, il s'agit d'une jeune vierge avec ou sans antécédents héréditaires. Au début, le thermomètre rendra plus de services que l'exploration directe : à une période avancée, au contraire, les trompes pleines de pus ont souvent acquis un volume énorme et à l'incision on trouve le péritoine et l'intestin criblé de tubercules.

Hystérie. De même que la tuberculose cérébrale, la tuberculose pelvienne peut donner lieu à des symptômes imputables à l'hystérie vraie. D'autre part, la tuberculose pelvienne peut provoquer des manifestations d'hystérie et il importe de reconnaître s'il s'agit de tuberculose simple ou d'hystérie avec ou sans tubercules. Le meilleur agent de diagnostic en pareil cas est fourni par la température qu'on prendra en plaçant le thermomètre en différents points et en surveillant la malade pendant qu'on prend la température. Mais si l'on soupçonne la tuberculose au début, c'est seulement la laparotomie qui permettra de la constater sûrement.

Péritonite subaiguë due à des tumeurs. — La tumeur existe, mais elle est souvent d'un si faible volume qu'il est difficile d'expliquer pourquoi la sensibilité est si grande. Dans ces cas, il y a toujours des périodes d'élévation de température. Si on opère alors, on ne trouve pas ordinairement de tubercules, mais, parfois, il en existe comme dans l'une des observations de l'auteur et bien que quelques pathologistes aient admis l'existence de deux sortes de nodules : inflammatoires et tuberculeux, il est difficile d'admettre qu'on ne les observe pas dans tous les cas de tumeur inflammatoire ou autre. Au contraire si ces tumeurs surviennent chez des diathésiques, pourquoi ne pas accepter que leur influence irritante est une cause de localisation puissante de la tuberculose sur les organes atteints.

Traitement. De l'analyse et de l'expérience de 5 cas, l'auteur conclut, bien que chirurgien conservateur, à l'ablation des deux trompes et des deux ovaires, comme traitement de la tuberculose pelvienne, que le péritoine seul présente des tubercules ou que ceux-ci siègent déjà sur les trompes ; on aura d'autant plus de chances de guérison durable que le diagnostic et l'opération auront été faits plus tôt.

William Gardner, relativement aux symptômes de la tuberculose pelvienne, n'est pas absolument d'accord avec Ross. La douleur peut faire défaut et la fièvre aussi. L'ulcération et le pus caséeux décrits dans deux observations de Ross ne lui semblent pas caractéristiques à défaut de l'examen bactériologique. Rien n'est plus difficile que le diagnostic de cette affection par les symptômes, lesquels ressemblent à ceux de toute autre infection.

Th. More Madden. — DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT CONSERVATEUR ET RADICAL DES MALADIES DES TROMPES. (65e Congrès de l'Assoc. med. angl. *Brit. med. J.*, 23 octobre 1897.) (1)

Les succès remportés, en ces dernières années, par l'ablation des trompes malades, a fait tomber dans un oubli fâcheux les méthodes conservatrices qui devaient tout d'abord se présenter à l'esprit.

Le processus qui aboutit à l'hydro ou au pyosalpinx a pour point de départ l'infection septicémique ou blennorragique. Or il serait logique d'appliquer au traitement des trompes les mêmes principes que ceux qui président au traitement des autres manifestations de ces infections et parmi ces principes, le premier est de restituer sa fonction à l'organe, tout en supprimant le mal, sauf les quelques cas où ce double desideratum est manifestement impossible à atteindre. Dans ce but plusieurs méthodes ont été imaginées : 1° L'évacuation de la sérosité ou du pus par la ponction et par le cathétérisme, possible dans quelques cas. L'auteur s'est fait en maintes circonstances, avec nombreuses statistiques à l'appui, l'avocat de cette méthode ; 2° L'incision vaginale large, suivie de lavages ; 3° Le curettage du fond de l'utérus, au niveau des ostia et l'opération d'Emmet ; 4° L'électricité ; 5° La laparotomie exploratrice, suivie de l'évacuation ou dans quelques cas (Alban Doran) de la rupture des adhérences ; 6° La résection partielle de la trompe ; 7° Le massage. La résection partielle, comme le massage, en dépit des bons résultats qu'on leur a attribués, exposent trop à des contaminations du péritoine, à des déchirures d'adhérences ou d'intestin.

Il n'en est pas de même de la ponction et de l'évacuation par le vagin. De même que personne n'a songé à enlever le sein pour un abcès ou la vaginale pour une hydrocèle, de même l'évacuation de son contenu suffit dans la plupart des cas à assurer la guérison de la trompe. La malade, anesthésiée, est dans le décubitus latéral gauche, l'opérateur introduit 2 ou 3 doigts de la main gauche dans le rectum, tandis qu'un aide exerce une pression de haut en bas sur l'hypogastre. La main droite peut ainsi explorer à l'aise les culs-de-sac vaginaux et reconnaître la trompe distendue. Une aiguille fine et longue dirigée par l'index gauche, à travers le rectum, est conduite dans le vagin jusqu'à la fosse rétro-vaginale et, de là poussée dans le kyste tubaire : on fait fonctionner l'aspirateur et sans cesser la pression hypogastrique exercée par l'aide, on évacue ainsi la trompe. La cavité est ensuite irriguée, le vagin poudré d'iodoforme et les jours suivants, on fait des injections vaginales antiseptiques. Si la collection se reforme, et il est rare qu'elle soit aussi volumineuse, on renouvelle la ponction.

La réplétion kystique des trompes est souvent due à une obstruction mécanique de leur orifice utérin par de l'endométrite, une flexion ou une superinvolution. Dans le premier cas, il y a lieu de faire la dilatation et le curettage du fond de l'organe ; dans le second, de rectifier le calibre par une opération plastique appropriée ; dans le troisième de recourir aux courants faradiques.

Dans les cas plus graves, beaucoup plus exceptionnels qu'on ne veut l'admettre généralement, où l'inflammation a gagné les organes voisins, où la vie de la malade est en danger, il faut bien recourir au moyen plus héroïque de l'ablation totale, en faisant l'incision abdominale le plus courte possible. Mais il ne faut pas perdre de vue les résultats éloignés de cette mutilation, les perturbations nerveuses possibles succédant à la ménopause artificielle, la persistance des douleurs pelviennes malgré la suppression des lésions, etc. En un mot, ce sera là une opération de nécessité et non d'élection et la grande majorité des cas, d'après l'expérience de l'auteur, est avantageusement justiciable de l'un ou l'autre moyen moins héroïques énumérés plus haut.

Palmer Dudley a, depuis plusieurs années, étudié particulièrement la chirurgie conservatrice des annexes, et la considère comme la véritable voie ouverte à la gynécologie. L'hystérectomie vaginale a atteint le degré le plus voisin de la perfection et a subi manifestement l'influence de la mode. En France surtout, les chirurgiens y ont acquis une telle expérience que les résultats ne tarderont pas à s'en faire sentir sur la dépopulation : le gouvernement a été contraint d'offrir une prime aux naissances ; il ferait mieux de pensionner les chirurgiens en leur interdisant d'opérer. Pour se maintenir dans les limites de la question et donner son avis sur la chirurgie annexielle conservatrice, l'orateur se bornera à donner un aperçu de sa pratique et de son expérience depuis une dizaine d'années. Il a été conduit à adopter cette pratique par l'excès qu'on a fait de l'ablation d'organes sains et par ce fait : une malade réclamait une laparotomie, mais à la condition que ses ovaires fussent respectés, ce qui fut promis : en effet, P. Dudley, après résection des parties malades, sutura les surfaces à la soie fine et la malade devenait enceinte 5 mois après. Sur 68 cas de résection partielle de trompes et des ovaires il n'a pu recueillir l'histoire ultérieure que d'un certain nombre de malades ; mais parmi celles-ci 12 grossesses sont survenues, dont 8 terminées et 4 interrompues pour une cause fortuite. Dans aucun cas l'organe

(1) Voy. *Semaine Gynécologique*, 1897, 327.

réséqué n'est devenu le siège d'une nouvelle inflammation. *Pour l'ovaire*, tantôt, il l'a fendu dans toute sa longueur, puis resuturé après ablation des kystes, centraux ; tantôt la suture a été faite en travers, tantôt il a fait une résection cunéiforme : tantôt il a ponctionné çà et là les kystes ; parfois aussi, il a enlevé la presque totalité de l'organe, puis suturé le moignon à l'orifice de la trompe ; il a réséqué de petits kystes purulents, gratté à la curette mousse, puis touché à l'acide phénique les kystes superficiels. Jamais il ne s'est servi de sutures résorbables, mais de fine soie à broderie. Il n'a jamais employé la méthode d'ignipuncture de Pozzi parce que c'est un excès inutile de traitement pour de simple kystes, que la chaleur détruit une partie du tissu ovarien et que dans une opération conservatrice, on ne saurait trop conserver.

Pour les trompes, il s'est contenté d'ouvrir une trompe obstruée et de la réintégrer dans le bassin ; dans maintes circonstances, il a réséqué la moitié de l'oviducte, puis a traité la partie conservée comme un phimosis, en suturant à la soie très fine la muqueuse éversée à la séreuse, de manière à ce que l'épithélium vibratile suppléât aux franges. Il a même fait plus : après avoir ouvert et lavé des trompes pleines de pus, il a rétabli l'orifice utérin au moyen d'un fin cathéter et n'a jamais observé les moindres signes de péritonite, mais il ne faudrait pas opérer ainsi en cas d'infection blennorragique récente ou septique s'accusant par l'odeur du pus. L'histoire ultérieure de ces malades ne comporte aucune récidive inflammatoire, ni trouble menstruel. Les motifs de cette manière de faire adoptée avec conviction par Dudley sont que nul chirurgien ne peut prévoir quelles seront les conséquences de la suppression des ovaires chez les opérées : hystérie, excitation ou mélancolie, obésité ou atrésie, congestions, troubles nerveux de toutes sortes, palpitations, sueurs froides, ruine de la bonne entente conjugale, etc., tels sont les inconvénients possibles avec lesquels il faut compter pour l'avenir et combien de fois des opérées sont venues se plaindre à leur chirurgien, regrettant leurs souffrances d'autrefois. Une autre raison, c'est que l'hystérectomie vaginale n'est pas le dernier mot de la chirurgie, qu'il faut revenir à son interprétation première : sauver et non mutiler et, si elle doit réaliser de nouveaux progrès, c'est dans cette voie qu'elle y parviendra.

Berry Hart, d'accord avec Dudley, pense que l'avenir est dans la chirurgie conservatrice. Toutefois, il arrivera que des opérations incomplètes seront suivies de récidive. Il n'est pas partisan de la fonction vaginale.

Gordon, dont la réputation de *radical* est bien établie, tout en rendant hommage aux succès et au talent de Dudley, son ancien élève, ne sauvait admettre le conservatisme à outrance ; ce qu'on doit conserver, c'est la santé et non l'organe, et il développe avec complaisance cette interprétation du conservatisme. Il faut se placer au point de vue de la femme et non de l'homme : cette fonction de la menstruation est loin d'être si chère à la malade qui souffre cruellement depuis des années et surtout à propos de sa périodicité. S'il est conservateur déclaré de l'organe, à condition que la santé soit également conservée, il ne saurait accepter qu'on laisse un organe profondément atteint, rendant la fonction cruelle et laissant la malade dans un état aussi mauvais qu'avant. C'est ainsi que la conservation de l'utérus, organe inutile et malade, qui a été le point de départ de la lésion des annexes, est une erreur, si on enlève ces annexes. La longue expérience lui permet d'affirmer une opinion que beaucoup d'autres partagent sans oser la formuler. Pour les cas particuliers, la décision à prendre sera inspirée non par une théorie, mais par une observation scrupuleuse, une expérience bien assise et une conscience invulnérable.

James Perrigo exprime le plaisir que lui a causé la courageuse profession de foi de Dudley et, dans le même sens que lui, cite un cas dans lequel il s'est contenté d'enlever un ovaire abcédé en respectant l'autre. Trois grossesses sont survenues depuis chez cette opérée.

A. E. Giles. La sanction de la valeur comparative des deux méthodes se trouverait dans les résultats éloignés de ces cas. Si, par la méthode conservatrice, la santé est assurée en même temps que la fonction sauvegardée, nul doute que Dudley ait puissamment raison. Le seul but n'est pas de sauvegarder aux femmes des fonctions normales et de s'enquérir si elles veulent, ou non, être réglées et faire des enfants, mais d'assurer l'œuvre normale de chaque organe. Ce doit être un principe en gynécologie comme dans les autres branches de la médecine. D'autre part, le conservatisme peut aboutir à un échec curatif et il est toujours sérieux de faire une seconde laparotomie. En Angleterre, il est de règle dans tous les cas de pyosalpinx, d'enlever la deuxième trompe, même saine en apparence, par crainte de son infection prochaine ou probable. Il serait possible, dans certains cas, de combiner les deux méthodes, pour un fibrome par exemple d'enlever l'utérus et de laisser les annexes, afin de sauvegarder les malades contre les inconvénients de la ménopause anticipée. Il est vivement à souhaiter que l'histoire ultérieure des malades soit de part et d'autre soigneusement recueillie, afin qu'on puisse disposer d'un criterium pour la conduite à adopter dans chaque cas particulier.

Il est un partisan déclaré de la gynécologie conservatrice judicieuse et estime que même au prix d'une guérison incomplète, on doit s'efforcer de préserver les fonctions sexuelles.

I. Thomas. — TUMEUR MYXOMATEUSE CHEZ UNE ENFANT DE 1 AN ET 9 MOIS. (*Brit. med. J.*, 16 octobre 1897.)

Faisant hernie à l'orifice vaginal, tumeur molle, friable, rose pâle, présentant un commencement d'ulcération et saignant sous le chloroforme : on constate qu'elle a le volume d'une noix, emplit tout le vagin dont les parois sont très distendues et adhère à la paroi antérieure de ce canal par un large pédicule. Les faibles dimensions du vagin rendent l'ablation difficile, néanmoins l'enfant pouvait dès le lendemain se lever et jouer. L'examen microscopique de la tumeur a démontré sa nature myxomateuse et muqueuse.

Lapthorn Smith. — DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DE LA RÉTROVERSION, AVEC FIXATION ET RÉSULTATS DE 147 OPÉRATIONS. DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT PALLIATIF ET RADICAL DES FLEXIONS ET DÉPLACEMENTS DE L'UTÉRUS. (65e Congrès de l'Assoc. med. angl., *Brit. med., J.*, 23 oct. 1897.)

L'orateur renouvelle la discussion sur la valeur comparative de l'Alexander et de la ventrofixation dans le traitement des rétrodéviations sans apporter de nouveaux arguments ou de nouveaux points de vue. Son opinion, comme la nôtre, peut se résumer en ceci, que, toutes choses égales d'ailleurs, l'ouverture du ventre présente plus d'aléas pour la femme que la simple découverte des ligaments ronds ; que le raccourcissement de ceux-ci est sans conteste l'opération de choix dans tous les cas de rétroversion simple, c'est-à-dire sans lésions des trompes nées des ovaires et par suite, sans adhérences : qu'il n'expose pas, comme la ventrofixation, à l'éventration et à l'étranglement intestinal qu'il est contreindiqué d'autre part, et doit céder le pas à la ventrofixation chaque fois qu'il s'agit de rétrodéviation adhérente, c'est-à-dire compliquée de lésions annexielles. Dans la plupart des cas, il doit être associé au curettage et à des opérations plastiques sur le col et sur le vagin. L'auteur analyse 53 opérations personnelles, à peu près toutes suivies de succès. Deux principales objections ont été faites à l'Alexander, la difficulté de trouver les ligaments, leur fragilité ou même leur absence et la possibilité d'une hernie inguinale. Pour lui, le ligament existe toujours et il indique, dans l'énoncé de sa technique le moyen de ne le manquer jamais. L'incision des téguments ne doit jamais aller du premier coup jusqu'à l'aponévrose, afin de ne pas y faire de boutonnière. Lorsque celle-ci est incisée avec précaution, en appuyant avec l'index, au-dessus de l'orifice, on fait saillir un peloton graisseux assez résistant pour être saisi dans une pince ; on le récline en haut et avec une autre pince, doucement introduite dans le canal, on va saisir tout son contenu, c'est-à-dire le ligament et le nerf, on l'attire doucement et on peut, en le saisissant avec les doigts, le dégager tout entier sans le rompre. On évitera la hernie en suturant en même temps les deux piliers et la moitié de l'épaisseur du ligament; plusieurs points sont ainsi passés sur la hauteur du canal. L'auteur emploie le crin de Florence qu'il coupe court et laisse à demeure. Pour la peau il fait une suture sous-cutanée qui ne laisse pas de traces.

Ventrofixation : L'auteur l'a employée 94 fois, dans tous les cas où il y avait des adhérences ou des lésions d'annexes, et, dans la plupart des cas, a fait la castration. Deux de ses opérés ont eu des grossesses normales. Mais, en règle générale, il réserve cette opération pour les cas où les annexes malades doivent être supprimées, ce qui élude pour l'avenir la question de grossesse, tous les autres étant justiciables de l'Alexander.

Stanley Boyd. — OOPHORECTOMIE DANS LE TRAITEMENT DU CANCER. (*Brit. med. J.*, 2 octobre 1897.)

Convaincus, pour la plupart, de l'origine locale du cancer, les chirurgiens sont unanimes à le traiter par l'éradication large suivie de l'ablation aussi complète que possible de l'aire lymphatique qui entoure le foyer. Il est certain, du reste, que cette pratique est suivie de longues survies et de guérisons durables dans les cas récents. Mais il est des récidives et des cas d'emblée inopérables et c'est contre eux qu'ont été proposés un grand nombre de moyens, tels que la compression continue, divers régimes, la térébenthine de Chio, l'arsenic, le suc thyroïdien, etc., sans grands résultats d'ailleurs. Quelques faits cependant autoriseraient à ne pas perdre tout espoir et, pour preuve, l'auteur donne l'observation circonstanciée d'une malade de *Pearce Gould* atteinte de cancer inopérable du sein avec polyadénites volumineuses et localisations osseuses dont la guérison est survenue spontanément après la ménopause et se maintient depuis 2 ans. Une autre de *Willett*, atteinte de même, avec la localisation à l'humérus et au foie a vu les tumeurs s'effacer après la ménopause et n'a succombé qu'après deux ans d'amélioration. Nul traitement efficace n'a été suivi dans ces deux cas de diagnostic notoire et il a été facile de suivre après la ménopause, la régression spontanée des ulcéra-

tions et des tumeurs, en même temps que le relèvement de la santé générale.

L'enseignement à tirer de ces faits est que si par l'observation clinique et pathologique ou par des expériences thérapeutiques on arrivait à découvrir les conditions qui président à de telles atrophies des masses cancéreuses, on pourrait peut-être les reproduire artificiellement. Sans préjuger de l'origine parasitaire du cancer — qui n'est rien moins que probable — on peut assimiler aux bactéries ou aux psorospermes les cellules cancéreuses errantes dans les vaisseaux sanguins et lymphatiques. Les conditions de lutte se retrouvent entre ces cellules et les tissus, les mêmes qu'entre les microorganismes et ces mêmes tissus. En poursuivant l'analogie, la faiblesse de résistance des tissus, d'une part, d'autre part, l'excès de malignité de la cellule cancéreuse auront pour conséquence le cancer aigu, c'est-à-dire la prolifération rapide locale et générale. Les conditions contraires, celles dans lesquelles les tissus résistants ne fournissent pas un nid favorable à la cellule cancéreuse, réalisent la forme kystique ou atrophique qui peut durer 15, 20 ans. Une maladie à double évolution comparable, — la tuberculose — est parfaitement curable. Dans les deux cas ci-dessus, il s'est produit à un moment donné, une augmentation de résistance des tissus telle, que les cellules épithéliales sont mortes, ont dégénéré et se sont résorbées comme toute cellule qui manque de nutrition suffisante. Dans cet ordre d'idées, la recherche d'une antitoxine n'aurait rien d'illogique ; mais tel n'est pas le but de l'auteur, qui se borne à montrer les résultats très encourageants obtenus par Beatson et par lui-même dans le traitement du cancer inopérable du sein par la double oophorectomie. *Beatson* a présenté, le 20 mai 1896, à la *Soc. méd.-chir. d'Edimbourg* l'observation de 2 malades âgées de 33 et de 30 ans, opérées plusieurs fois localement pour des récidives, puis traitées, en désespoir de cause, par la double oophorectomie associée à l'extrait thyroïdien. La première, deux ans après l'opération, semble complètement guérie ; la seconde, après une atrophie rapide des masses cancéreuses et une grande amélioration, ayant cessé de prendre de l'extrait thyroïdien, a succombé à une localisation hépatique secondaire 18 mois après l'oophorectomie. L'auteur lui-même a opéré 5 fois dans des conditions analogues et il donne la relation détaillée, accompagnée de figures, de ses 5 cas ; mais malgré les bons résultats obtenus il ne les donne pas comme arguments irréfutables, car ils ont besoin de la sanction du temps, la première de ses opérations ne remontant qu'à 10 mois. Il n'a opéré ainsi que contre le cancer du sein ; malgré l'opinion de *Beatson*, qui considère l'oophorectomte comme inutile contre le cancer viscéral, il y aurait lieu sans doute de faire des recherches dans ce sens. A l'appui de cette idée, il cite un cas de *Boyd* pour cancer utérin, dans lequel il y eut une survie de 6 mois qu'on n'aurait pu espérer sans cela, et des expériences de *Hobday* desquelles il résulte que des papillomes du vagin auraient disparu, chez des lapines, après l'ablation des ovaires.

St. Bonnet.

REVUE POLONAISE

Podziemsky. — UN CAS DE PARA ET PÉRIMETRITE PURULENTE PUERPÉRALE GUÉRIE PAR LA MÉTHODE FOCHIER. (*Méd. N.* 7. 1896.)

Femme de 30 ans, accouchant pour la 2e fois. Accouchement artificiel. Le lendemain de l'opération, élévation de température et douleurs dans le bas-ventre, selles sanglantes, fétides. Au bout de 10 jours, on constata dans la fosse iliaque droite une tuméfaction résistante ; les 11e et 12e jours après l'accouchement, il y eut sueurs et frissons à plusieurs reprises. Il s'y ajouta le 19e jour des vomissements, du hoquet ; perte générale des forces ; t° de 40,5° au soir. L'auteur injecta ce jour-là, un cent. cube d'huile de térébentine sous la peau de la face externe de la cuisse. Dans la nuit, diarrhée ; même phénomène au bout de 2 jours. Pendant les 36 heures qui suivirent l'injection, la température se maintint à 38 — 38,9° ; puis pendant 5 jours, à 39,2 — 40°, après quoi elle revint à la normale. L'abcès produit par l'injection fut ouvert huit jours après l'injection. L'induration dans la fosse iliaque droite diminua rapidement, La femme guérit.

Karczeweki.

H. Swiecicki. — CAS DE PSEUDOHERMAPHRODISME MALE (*Nowiny lek. N.* 4. 1896.)

L'observation concerne un sujet qui jusqu'à l'âge de 23 ans a été considéré comme femme. Taille naine (141 c.), pubis peu développé et, sur le côté gauche, une tumeur ovoïde fortement tendue d'une circonférence de 24 cent. Sur la face interne de la tumeur, on trouve le pénis recourbé en crochet en bas, long de 4 cent., muni d'un prépuce tout à fait net et mobile et d'un gland bien développé. Immédiatement au-dessous du gland on aperçoit l'urèthre fendu sur une longueur de 3 cent., jusqu'à l'anus. A droite se trouve la grande lèvre fortement augmentée de volume et contenant le testicule, l'épididyme et le cordon spermatique. La prostate ne se laisse pas découvrir par le palper. Après avoir ponctionné la tumeur et évacué près de deux tasses de liquide aqueux, on y trouva également le testicule, l'épididyme et le cordon spermatique. Le pénis rudimentaire est érectile.

Le sujet présentait, en général, une conformation mâle, avait des penchants masculins, fumait la cigarette, n'éprouvait que du dégoût pour la couture, le tricotage, se rasait en cachette et dans sa 16e année, il avait eu des rapports avec une jeune fille avec laquelle il couchait.

L'auteur croit que, dans ce cas, la descente du testicule ne s'est pas totalement effectuée ; les bourses ont produit l'effet des grandes lèvres. De là, erreur dans la détermination du sexe.

Grosglik.

Mars. — CONTRIBUTION A L'ÉTIOLOGIE DU PRURIT VULVAIRE CHEZ LA FEMME (*Przegl. Lek. Nr.* 22, 23. 1896.)

La nature de cette affection n'est pas encore suffisamment élucidée. Il est certain toutefois que les causes qui peuvent provoquer le prurit vulvaire sont nombreuses et que le traitement basé sur l'étiologie est le seul qui offre une valeur réelle.

L'auteur rapporte une observation personnelle où le prurit rebelle durant depuis douze ans était lié à une cystite. Sous l'influence des frottements et du grattage, la vulve arriva à un état fortement inflammatoire. La guérison de la cystite et les lotions antiseptiques de la vulve (sublimé, acide borique) ont fait disparaître tous les accidents.

Dans trois autres cas, le prurit était provoqué par l'implantation vicieuse des poils notamment 1) chez une femme de 60 ans avec dégénérescence sénile bien nette des organes génitaux, les poils des grandes lèvres étaient incurvés en dedans et reposaient par leurs bouts sur la muqueuse du vestibule, les nymphes et le clitoris ; 2) chez une femme de 70 ans, une mèche de poils accolés descendait du mont de Vénus par-dessus le clitoris et le méat jusqu'à l'orifice vaginal ; les grandes lèvres présentaient deux saillies fortement proéminentes qui n'embrassaient point le clitoris, mais se perdaient dans le mont de Vénus ; 3) chez une femme de 35 ans, les surfaces internes des grandes lèvres étaient recouvertes dans leur partie supérieure de courts poils dont les bouts reposaient sur la muqueuse tuméfiée des nymphes et du clitoris.

Dans tous ces cas, l'enlèvement des poils vicieusement implantés fut suivi de la disparition immédiate du prurit vulvaire.

Karczenski.

S. Piotrowski. — UN CAS DE SORTIE D'UN ASCARIS PAR LA PLAIE OPÉRATOIRE DESTINÉE A ÉVACUER L'EXSUDAT PURULENT PUR UTÉRIN. (*Przegl. Lek. N.* 7. 1896.)

Une femme de 21 ans qui avait eu la fièvre typhoïde un an auparavant était entrée à l'hôpital 9 semaines après l'accouchement pour un phlegmon dans le côté droit de l'hypogastre. On fit une incision au-dessus du ligament de Poupart et douze jours après, un ascaris sortit par la plaie.

(Ne s'agirait-il pas dans ce cas d'une appendicite ? Note du rapporteur.)

Karczewski.

Ziembicki. — DE LA MÉTHODE FRANÇAISE D'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE, AVEC FORCIPRESSURE CONSÉCUTIVE A DEMEURE. (*Przegl. Lek. N.* 3, 4, 5, 6, 12, 13, 14, 1896.)

L'auteur fait d'abord un court historique de l'hystérectomie vaginale et il décrit en détail la méthode de Doyen. Il a opéré personnellement suivant cette méthode 16 cas de cancer utérin. Les malades étaient âgées de 30 à 60 ans ; la lésion siégeait dans un cas au niveau du corps et du col, dans les autres elle occupait la portion vaginale seule ou concurremment avec le col ; dans 6 cas le tissu para-utérin était plus ou moins pris. L'opération durait de 15 à 75 minutes. Dans un cas, la vessie se déchira pendant l'opération et malgré la suture de la solution de continuité, il resta une fistule ; dans un autre cas, une fistule de l'uretère se forma 10 jours après l'opération, il y eut consécutivement une néphrite septique : on procéda à la néphrectomie dont le résultat fut favorable. Aucune des malades n'est morte des suites de l'opération. Chez une de ces malades, qui mourut trois mois après l'opération, on trouva à l'autopsie des métastases sur le foie.

Suivant l'auteur, la méthode de Doyen offre les avantages suivants : l'opération s'exécute vite et sans perte de sang, les soins post-opératoires sont fort simples ; en laissant des pinces de Richelot pendant 48 heures, on conjure l'hémorragie consécutive. Les pinces appliquées convenablement ne sauraient provoquer le sphacèle des intestins, ni la lésion des uretères ; de plus, en les employant, il devient aisé d'ajouter quelque correction nécessaire en cas où l'hystérectomie terminée, on s'apercevrait de la lésion des ligaments ; aussi nous pouvons prémunir le sujet avec plus de certitude contre les récidives dues à l'inoculation des particules du néoplasme pendant l'opération.

L'auteur parcourt ensuite les différentes méthodes de traitement

des fibrômes utérins, et résume en quelques mots la valeur de chacune. Ainsi, l'électrolyse peut être appliquée à titre d'agent palliatif dans les cas exceptionnels ; la castration ovarienne abdominale a été essayée par l'auteur dans 4 cas dont l'un se termina par la mort ; cette méthode paraît du reste céder le pas à la castration utérine vaginale de Péan. La myomotomie abdominale de Martin donne une grande mortalité (18 %) et une faible chance de conserver la fécondité. L'extirpation des fibromes avec conservation de l'utérus (suivant le procédé de Péan) est une intervention assez risquée, pouvant donner lieu à la perforation de l'utérus, à l'infection, et elle n'assure pas non plus la conservation de la fécondité.

L'auteur conclut ainsi : chaque fois que les fibromyomes amènent le chirurgien à intervenir soit pour la gène qu'ils apportent à la malade, soit par leur augmentation progressive et que la laparotomie peut être encore évitée, il faut opérer par voie vaginale, en extirpant la tumeur, l'utérus et les annexes.

L'auteur a opéré de cette façon 8 cas de fibromyomes. Les femmes étaient âgées de 35 à 50 ans ; deux étaient nullipares, trois unipares et trois multipares. Le volume des tumeurs était moyen (limite supérieure au dessus du pubis et dans un cas à l'ombilic). Dans six cas il existait des complications du côté des annexes (hématosalpingite, pyosalpingite, dégénérescence kystique de l'ovaire). Dans un cas, l'auteur suivit le procédé de Péan, dans 7, celui de Doyen. Les annexes malades furent extirpées dans 4 cas : dans les deux autres, il se trouva des adhérences ; on se contenta de vider le contenu de la trompe et d'enlever une portion de la paroi de celle-ci. L'opération a duré dans un cas 4 heures, dans les autres de 23 min. à 1 h. 1/2.

En ce qui concerne les suites opératoires, on n'a noté de fièvre presque dans aucun cas, mais l'état était grave dans 4 cas. Toutes les maladies ont guéri.

KARCZEWSKI.

Boryssowicz. — DE LA VALEUR DES OPÉRATIONS PARTIELLES DANS LE CANCER DE L'UTÉRUS. (*Med., N. 18, 19, 1896.*)

L'auteur discute les idées de Schrœder et de Hofmeier partisans de l'amputation du col dans le cancer de la portion vaginale de cet organe. D'après l'auteur, la conservation de la fécondité ne doit pas être prise en considération, vu que la grossesse survient fort rarement après l'amputation de la portion vaginale et qu'en exposant la malade aux dangers d'un accouchement difficile (rétrécissements cicatriciels) elle constitue un agent plutôt défavorable. La mortalité relativement faible obtenue par Schroeder dans ses amputations de la portion vaginale et le pour cent considérable de ses guérisons radicales s'explique par le fait que ce chirurgien n'opérait que les cancers au début.

On peut encore invoquer contre l'opération partielle les circonstances suivantes : 1) la portion persistante de l'utérus peut être atteinte de cancer dans la suite : 2) dans le cancer du col, il existe souvent des modifications pathologiques de la muqueuse du corps (lésions inflammatoires, adénome rongeant, nodules cancéreux isolés) ; 3) il est difficile de marquer exactement le point, où s'arrête l'extension du néoplasme au sein de la muqueuse et du parenchyme.

Les considérations ci-dessus ont porté l'auteur à exécuter l'hystérectomie totale dans le cas suivant. Une femme de 56 ans, atteinte de diabète sucré, d'emphysème et d'état graisseux du cœur s'adressa à l'auteur pour des métrorragies. On trouva une petite ulcération cancéreuse de la lèvre antérieure. Hystérectomie totale sous le chloroforme ; hémostase à l'aide des pinces de Richelot. Guérison sans complications. A l'examen microscopique de l'utérus extirpé on trouva dans tout le corps jusqu'à son fond de nombreux foyers cancéreux, surtout dans les couches internes du parenchyme.

KARCZEWSKI.

REVUE DES THÈSES

Pion (P. A.) — CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'IMPERFORATION DE L'HYMEN. (*Thèse de Paris*, 1897.)

L'imperforation de l'hymen est le résultat d'une malformation congénitale. L'oblitération vaginale varie avec son siège, qui est multiple. Dans les cas les plus nombreux elle peut porter sur la membrane située à l'orifice du vagin et constituer ainsi l'imperforation de l'hymen. Plus rarement, elle affecte la cavité même du vagin qui se trouve séparé par une ou plusieurs membranes complètes ou incomplètes, formant le cloisonnement du vagin.

Dans les cas très rares enfin, cet organe lui même se trouve atrophié et manque dans une certaine longueur soit à la partie supérieure, soit à la partie inférieure. Ce dernier cas n'existe généralement pas seul, mais il est plutôt accompagné de lésions ou de malformations de l'utérus et de ses annexes.

Dans les cas simples d'imperforation de l'hymen, la membrane hymen se présente à nous avec une épaisseur pouvant atteindre 8 à 10 millimètres. L'atrésie est constituée par du tissu cellulaire et par des fibres élastiques ou musculaires. La conséquence de cette atrésie est la dilatation produite par l'accumulation du sang dans les voies vaginales. L'utérus, les trompes, le vagin subissent tous ensemble ou individuellement plusieurs modifications dans leur forme et dans leur structure. Selon Puech, les parois du vagin conservent leur épaisseur normale.

Les observations tendent à considérer ces parois comme hypertrophiées, ce que nous avons constaté nous-même chez notre malade : on peut toutefois admettre qu'il doit se produire parfois, en certains endroits, des faiblesses, des relâchements, et, par conséquent, un amincissement des parois.

L'amincissement de l'utérus est très rare. Les trompes, en revanche, souvent très amincies au niveau de leur portion dilatée, et leur rupture a été souvent la cause de péritonites mortelles.

Le siège et la forme de la tumeur est très variable. Elle peut être médiane simple, et accompagnée à droite et à gauche de tumeurs plus petites provenant de la rupture des trompes, constituer une hématocèle péri-utérine, se développer surtout d'un seul côté et de préférence dans la fosse iliaque droite, ou encore des deux côtés, d'une façon asymétrique. La limite inférieure, constituée par l'obstacle, force la distension à se porter sur le vagin et l'utérus, et à venir faire saillie dans la cavité abdominale. Dans notre observation, la tumeur occupait uniquement le vagin, transformé en une énorme poche remontant jusqu'à trois travers de doigt au-dessus de l'appendice xyphoïde.

Le produit retenu est un magma brun, chocolat, de consistance gélatineuse, peu cohérent, ayant une odeur peu accentuée, à réaction alcaline (Hartmann). Il renferme les éléments habituels du sang, avec des modifications plus ou moins profondes. On n'y trouve ni ammoniaque, ni acides gras volatils, produits habituels des fermentations putrides.

Dans la grande majorité des cas, c'est au moment de la puberté qu'on s'aperçoit des imperforations vaginales. Dès que s'accomplissent les fonctions génitales, apparaissent les premiers troubles morbides. Ces signes se traduisent par un malaise général avec céphalalgie, bourdonnements d'oreilles, quelquefois des phénomènes d'oppression et de palpitation. Puis viennent quelques douleurs fugaces, s'irradiant à la région lombaire, aux environs de la symphyse pubienne, douleurs qui dégénèrent bientôt en une constriction poignante, avec une sensation de poids dans le bas-ventre. Cet état dure plusieurs jours, après lesquels tout semble rentrer dans l'ordre. Le mois suivant, les mêmes symptômes réapparaissent avec plus d'intensité, pour s'amender ensuite. On attribue souvent les accidents sur la difficulté de l'établissement des premières règles.

La pression exercée sur le ventre est, en général, peu ou point douloureuse, sauf au moment des accès périodiques, où le moindre choc, le moindre attouchement, provoque une exacerbation de la douleur. La tumeur, très facile à percevoir à travers les téguments, est ordinairement médiane ; elle se développe dans l'abdomen au point d'atteindre, de dépasser même, l'ombilic, comme le prouvent de nombreuses observations, et ainsi simule parfaitement un utérus gravide arrivé au terme de sa gestation. Quand la tumeur n'est pas unique, ce qui est assez rare, il faut rattacher les petites tumeurs surajoutées à la dilatation de l'utérus, voire même des trompes. L'examen direct par le palper abdominal donne la sensation d'un tissu pâteux résistant.

L'examen direct par le palper abdominal donne la sensation d'un tissu pâteux résistant.

Le pronostic de cette affection est souvent bénin. Il s'assombrit quand on se trouve en présence d'accidents imminents qui l'aggravent. La seule complication dangereuse se rapporte à la dilatation des trompes qui peuvent se rompre et, en donnant issue au sang dans le péritoine, produire une hématocèle retro-utérine susceptible d'une terminaison fatale.

Cette complication est très rare, néanmoins l'intervention chirurgicale est toujours indiquée.

Tout ouvrage dont il sera envoyé deux exemplaires sera annoncé et analysé s'il y a lieu.

R. PICHEVIN, *Directeur-Gérant.*

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE DAIX FRÈRES.
aison spéciale pour Journaux et R vues.



SOMMAIRE

AMPUTATION DU COL ET ACCOUCHEMENT

Par R. PICHEVIN, chef des travaux gynécologiques à la Clinique chirurgicale de Necker.

—

M. Audebert vient de publier dans les *Annales de gynécologie et d'obstétrique* un intéressant travail que l'on trouvera reproduit *in extenso* dans ce journal. A plusieurs reprises quelques échos des cliniques de l'hôpital Baudelocque étaient parvenus jusqu'à mes oreilles et j'avais ouï dire que le Professeur Pinard, après avoir abandonné sa croisade contre le curage utérin, s'était fait le détracteur de l'amputation des lèvres du col, suivant le procédé de Schrœder, dans les cas de métrite cervicale.

Les attaques qui ont été déjà dirigées contre l'opération de Schrœder ne datent pas d'aujourd'hui. Les critiques ne lui ont pas été ménagées, dès la publication du procédé et la thèse de Ducasse a été écrite justement en 1889, pour réfuter les arguments que l'on opposait un peu théoriquement à une pratique chirurgicale qui avait donné d'excellents résultats entre les mains d'une pléiade de gynécologistes distingués.

L'accusation, il faut le reconnaître, a pris corps ; M. Audebert, utilisant les observations du Professeur Pinard et en y ajoutant quelques autres, prononce un réquisitoire trop sévère à notre sens, quoique mitigé par l'admission de quelques circonstances atténuantes.

Sans doute, les chiffres que rapporte M. Audebert sont susceptibles d'éveiller l'attention et de jeter un doute sur la valeur réelle et sur l'innocuité d'une opération qui a une place honorable sur la liste des meilleures interventions de la gynécologie moderne.

L'amputation de Schrœder est, en effet, l'opération conservatrice la plus efficace contre l'inflammation du col de la matrice.

Quand il y a déchirure, ectropion et éversion des lèvres du col, quand les tissus cervicaux sont sclérosés, quand les lésions glandulaires sont intenses, toutes les interventions qui ont pour but de modifier la muqueuse cervicale échouent à peu près fatalement.

La dilacération des glandes du col, avec différents instruments comme ceux imaginés par Emmet, Doléris et par tant d'autres, n'aboutit qu'à des échecs dans les métrites invétérées du col. C'est là une vérité consacrée par l'expérience de nombreux gynécologistes et dans tous les pays.

L'opération préconisée par M. Bouilly, à savoir l'évidement du col avec conservation de la muqueuse des commissures, après dilatation de la cavité cervicale, ne s'adresse qu'aux métrites virginales et non pas aux inflammations chroniques avec éversion et ectropion.

Seule, l'amputation sous-vaginale de Schrœder donne de bons résultats dans ces cas. Il serait exagéré d'avancer que cette opération est toujours suivie de succès, mais il n'en est pas moins certain que la réfection des lèvres du col, suivant le procédé du célèbre gynécologiste berlinois, est la plus fidèle des interventions contre la méthode cervicale chronique.

Je ne veux pas discuter longuement les chiffres trop restreints rapportés par M. Audebert, d'autant plus que ces chiffres sont sujets à caution.

Est-on bien sûr de n'avoir pas laissé échapper à la Clinique Baudelocque, dans la longue liste des femmes qui ont eu une grossesse normale et un accouchement parfaitement régulier, d'anciennes opérées qui avaient subi l'amputation du col ?

L'interrogatoire a-t-il toujours porté sur ces points précis qui nous divisent. Toutes les femmes qui ont été soumises à l'examen ont-elles pu déclarer à bon escient qu'elles avaient ou non subi l'opération de Schrœder ?

Je crois que très souvent les clientes, et en particulier celles qui ont été traitées dans les services hospitaliers, sont incapables de dire exactement la nature de l'intervention qu'elles ont subi. J'ajoute que l'opération de Schrœder bien faite, et qui a parfaitement réussi, laisse des traces si peu marquées, qu'il est parfois très difficile, pour ne pas dire impossible, de reconnaître les vestiges d'une intervention sanglante sur le col.

Je pense donc que la statistique publiée par notre confrère a été faussée de ce fait.

Ce n'est pas tout. Même parmi les femmes dont le col a été réséqué et qui ont eu soit un avortement, soit un accouchement prématuré ou tout autre accident, il en existe un certain nombre dont la fausse couche ou l'accouchement prématuré est la sous dépendance des causes banales et habituelles de l'avortement, de l'accouchement avant terme, de la rupture prématurée des membranes, etc. ?

Une femme qui a subi l'amputation du col la plus correcte qu'il soit, peut avoir eu un chancre infectant depuis son opération.

Je connais, pour ma part, parmi mes opérées, une ancienne malade qui avait eu un premier accouchement normal avant d'avoir subi la résection des lèvres cervicales, qui a mis au monde prématurément un enfant après mon opération et qui a accouché plus tard d'une façon tout à fait normale et à terme d'un troisième enfant. Or le mari de cette cliente est notoirement syphilitique et l'enfant arrivé avant terme était atteint d'accidents spécifiques. L'amputation du col n'est pour rien dans cet accouchement avant terme.

M. Audebert, il faut le reconnaître, n'a pas passé sous silence l'objection que je viens de soulever, mais il ne semble pas qu'il y ait attaché, du moins à mon sens, une importance suffisante.

Le procédé qui consiste à constater, dans une Clinique d'accouchement, le nombre présumé de femmes dont le col a été amputé ne peut donner — pour les raisons que j'ai déjà exposées et pour d'autres encore — que des résultats aléatoires. La statistique ainsi dressée est entachée de nombreuses causes d'erreurs.

Le seul moyen d'avoir des chiffres exacts, et par suite une statistique démonstrative, est de recueillir la liste intégrale de toutes les opérées d'un certain nombre de gynécologistes et de chirurgiens et de faire une enquête longue et approfondie sur chacune de ces femmes.

Ce travail n'a pas été fait et je ne puis même pas présenter une statistique intégrale de mes opérées depuis 10 ans environ. On devine le temps qu'il serait nécessaire pour mener à bien une enquête de ce genre. Mais ce que je sais d'une façon certaine, c'est que mes opérées sont devenues souvent enceintes peu de temps après l'autoplastie du col. Ce que je puis affirmer, c'est que dans la très grande majorité des cas, l'accouchement a eu lieu à terme, sans aucun incident et que l'avortement a été l'exception, la très grande exception.

Aussi j'avoue que je suis étonné des chiffres publiés par M. Audebert :

Sur 16 femmes, après amputation du col, qui ont eu en tout 22 grossesses, cet auteur aurait relevé 10 avortements, 9 accouchements avant terme et 5 accouchements à terme ! En outre, on aurait constaté que 9 opérations, dont quelques-unes très graves, ont été exécutées au moment de l'accouchement, sur un total de 24 accouchements ou avortements, soit 37,5 p. 100.

Une telle proportion, si elle était exacte, devrait susciter de sérieuses réflexions aux gynécologistes. Mais j'affirme que jamais l'amputation du col d'après le procédé de Schrœ-



der n'a donné entre les mains des chirurgiens et des gynécologistes de si déplorables résultats.

Je ne dis pas que l'opération ne puisse jamais causer aucun accident. Mais, quand le fait est constaté, il s'agit d'une exception, d'une faute attribuable à une technique défectueuse ou à une mauvaise antisepsie.

La vérité est que l'amputation du col de Schrœder est faite irrégulièrement par un assez grand nombre d'opérateurs qui méconnaissent les principes sur lesquels est basé le procédé anaplastique du gynécologiste de Berlin.

Au lieu de faire un grand lambeau vaginal, de viser à l'excision d'une longue portion de la muqueuse cervicale, on résèque inutilement une grosse portion du parenchyme utérin, on entame trop haut le col, on fait mal les sutures, l'adaptation des lambeaux n'est pas parfaite, ni transversalement, ni latéralement, le canal cervical n'est pas largement ouvert, et sa perméabilité n'est pas assurée ; enfin, les soins antiseptiques étant insuffisants, la réunion n'a pas lieu par première intention et l'on observe des bourgeonnements, une suppuration plus ou moins prolongée, d'où la production d'un tissu de cicatrice.

La maladresse du chirurgien ou son incurie sont donc les deux causes principales qu'il faut invoquer dans la genèse des avortements ou des accidents quelconques imputables à l'amputation du col à lambeaux autoplastiques, suivant les règles posées par Schrœder.

M. Audebert lui-même en convient, et il nous est agréable de mettre en relief quelques correctifs écrits de sa propre main et qui atténuent dans une certaine mesure la rigueur des conclusions qui découleraient de l'exposition des faits : « Notre intention, dit M. Audebert, n'est nullement de proscrire toujours et sans appel l'amputation du museau de tanche, parce qu'elle expose quelquefois à des sténoses cicatricielles. Nous sommes persuadé, au contraire, que l'amputation de Schrœder est une des plus utiles opérations de la gynécologie conservatrice et qu'elle donne de bons résultats dans les métrites chroniques avec augmentation du volume du col et du corps. »

Certes, je suis du même avis que l'auteur de l'intéressant travail que je passe au crible de la critique, quand il demande aux chirurgiens de réserver l'opération de Schrœder dans les cas où l'échec des traitements ordinaires fournit une indication formelle à une intervention chirurgicale.

Entre l'abus et l'usage légitime d'une opération il y a une différence qu'il est inutile de souligner. Ce serait certainement mésuser de l'amputation du col que de l'appliquer indistinctement à toutes les métrites cervicales, aux inflammations légères, aux cas subaigus, à ces cervicites non accompagnées de déchirures, d'ectropion et d'éversion.

Serrer de près les indications opératoires, ce qui n'est véritablement pas difficile ; opérer suivant les règles de l'antisepsie et de l'asepsie, ce qui est une recommandation banale ; enfin, exécuter l'amputation suivant des règles peut-être trop souvent méconnues, assurer la réunion parfaite *per primam* par des sutures qui permettent la reconstitution de la forme et des fonctions du col : voilà, je crois, les conditions qu'il faut réaliser pour faire tomber les dernières objections faites contre une opération qui a obtenu ses grandes lettres de naturalisation en France et que l'on peut inscrire au premier rang des interventions les plus légitimes et les plus efficaces de la gynécologie. Aussi, jusqu'à plus ample informé, je m'inscris en faux contre les conclusions trop pessimistes et un peu contradictoires de M. Audebert et ne puis admettre avec lui que l'amputation du col exerce une influence marquée :

1° Sur la durée des grossesses ultérieures, en causant fréquemment des avortements ou des accouchements prématurés ;

2° Sur la marche du travail de l'accouchement : A) en exposant à la rupture prématurée des membranes ; B) en occasionnant dans les cas d'opération atypique des rétrécissements cicatriciels du col, qui s'opposent parfois d'une façon absolue à la dilatation.

Nous sommes d'accord s'il s'agit d'opérations mal faites et de cols sclérosés plus malades qu'avant l'intervention. Il n'en va plus de même s'il est question de l'amputation régulière de Schrœder.

ÉTUDE SUR LA GROSSESSE & L'ACCOUCHEMENT

APRÈS L'AMPUTATION DU COL

Par le Dr J.-L. Audebert,

Chef de clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Bordeaux.

On sait aujourd'hui, d'après maints travaux récents, que certaines opérations pratiquées sur l'utérus, soit pour le redresser en cas de déviation, soit pour le fixer s'il existe un prolapsus, ont quelquefois une influence fâcheuse sur l'évolution des grossesses ultérieures. Un certain nombre d'observations d'accouchements prématurés, ou de dystocie pendant le travail, ont été signalées après l'opération d'Alquié-Alexander, mais surtout après l'hystéropexie ; nous-même, nous en avons publié récemment un cas (1).

Il semble que l'attention des accoucheurs n'ait pas été attirée d'une façon aussi suivie sur les accidents qui peuvent être la conséquence de l'amputation partielle ou totale du col. Laissant volontairement de côté les résultats obtenus par cette opération dans certaines formes d'endométrite, il nous a paru intéressant d'étudier l'avenir fonctionnel de l'organe amputé, de rechercher si l'opération de Schrœder, ou toute autre analogue, n'imprimait pas aux grossesses postérieures une allure spéciale, si surtout l'avortement ou l'accouchement prématuré ne survenaient pas plus fréquemment qu'à l'ordinaire, si enfin la marche du travail et principalement la dilatation ne présentaient pas des caractères anormaux, des particularités dystociques.

Dans une thèse sur *la conception, la grossesse et l'accouchement après la trachélorrhaphie et l'amputation du col de l'utérus* (Paris, 1889), Ducasse avait étudié les résultats éloignés de l'amputation du col. On trouvera dans ce travail un grand nombre d'observations qui ont permis à l'auteur d'arriver aux conclusions suivantes : Après l'amputation du col faite avec le bistouri, la grossesse suit en général son cours normal et la dilatation se fait régulièrement, à condition qu'on affronte exactement les surfaces cruentées par des points de suture allant de la muqueuse vaginale à la muqueuse cervicale.

Depuis cette époque aucun travail d'ensemble, à notre connaissance, n'a paru sur ce sujet. Incidemment Cuzzi et Resinelli, dans les *Comptes rendus de la clinique obstétricale et gynécologique de Pavie* (2), citent les observations de quatre femmes devenues enceintes après l'amputation du col. Deux de ces femmes accouchèrent à terme (obs. 8 et 20), les deux autres à 8 mois (obs. 16 et 19).

Gottschalk (3) pense que les résultats de l'opération de Schrœder ne sont pas toujours excellents, et que souvent on observe dans la suite et des avortements et des rétroflexions utérines.

Signalons encore la protestation d'Abel (4), à propos d'une femme qui, ayant subi l'amputation du col, puis la ventrofixation, présenta, au cours d'un accouchement, des accidents tellement graves qu'on fut obligé de pratiquer la césarienne suivie du Porro. Abel s'exprime ainsi : « Il y a lieu de protester contre la manie opératoire de certains gynécologues. « Sans cette *amputation du col* dont la justification est loin « d'être évidente, cette femme eût évité 3 opérations graves et « fût demeurée en possession de ses organes. »

Dans le *Traité de gynécologie* de Pozzi, 3e édition, page 250, on lit : « Les diverses opérations plastiques sur le col « utérin (amputation, résection, suture de déchirures) ne sau- « raient compromettre sa dilatabilité, car elles donnent lieu à « des cicatrisations primitives sans production de tissu ino- « dulaire inextensible. De très nombreuses observations vien- « nent à l'appui de cette considération théorique et prouvent « qu'on n'a à craindre ni stérilité, ni dystocie. »

Il semblait donc établi que l'amputation du col utérin n'exer-

(1) *Archives cliniques de Bordeaux*, avril 1897, en collaboration avec le Dr Binaud.

(2) Cuzzi et Resinelli. *Risultati prossimi e remoti della raschio-amputazione dell'utero*. Pavie, 1892.

(3) Gottschalk. *Deustch. med. Wochensch.*, avril 1890.

(4) Abel, *in* Lucien. Thèse Nancy, 1896.

çait aucune action nuisible sur la marche générale de la grossesse. Cependant il nous fut donné d'observer, en octobre 1895, un cas de dystocie grave consécutif à l'opération de Schrœder (obs. IX). Il y a quelques mois, nous vîmes en outre, à la clinique Baudelocque, une femme qui, à la suite d'une amputation du col, avait eu trois avortements successifs. A cette occasion M. Pinard fit remarquer, dans une de ses leçons cliniques, combien cet accident était fréquent aussi bien après les opérations anaplastiques sur le col, qu'à la suite de l'hystéropexie. L'innocuité des résections cervicales n'était pas si évidente que l'avait prétendu Ducasse ; la question se posait de nouveau.

Nous nous proposâmes de nous livrer à des recherches complémentaires, et lorsque M. Pinard voulut bien mettre à notre disposition les registres de son service, nous trouvâmes huit observations de femmes ayant accouché ou avorté après une amputation du col. Ce sont les observations I, II, III, IV, X, XI, XII, XIII. Elles ont servi de base à notre travail ; d'autres observations communiquées par MM. Lepage, Paguy, Lugeol, Hirigoyen et Chambrelent sont venues le compléter.

Enfin avec deux faits personnels nous arrivons au chiffre respectable de 16 observations inédites qui, si elles ne permettent pas de trancher définitivement la question, nous autorisent à affirmer que l'opinion généralement adoptée est d'un optimisme exagéré.

Dans cette courte étude, nous ne nous occuperons pas des opérations faites au thermo-cautère, au galvano-cautère, à l'écraseur linéaire, etc., qui sont tombées dans le plus légitime oubli ; nous ne parlerons pas davantage des amputations sous ou supra-vaginales applicables au traitement du cancer de l'utérus, pas plus que de l'amputation conoïde de Huguier. Nous voulons seulement examiner les résultats des amputations au bistouri pour endométrite totale ou endocervicite, soit par le procédé à deux lambeaux de Simon Markwald, soit par la méthode à un seul lambeau de Schrœder ; celle-ci est de beaucoup la plus communément employée. Dans une de nos observations on a eu recours à une amputation partielle, probablement à l'*évidement* du col.

Ces résultats seront envisagés à un double point de vue : influence de l'amputation du col : 1° sur la durée et l'évolution de la grossesse ; 2° sur la marche de l'accouchement.

Obs. I.— *Amputation partielle du col. Accouchement près du terme.* (Cl. Baudelocque, 1897, n° 232.) — Jeanne M..., 22 ans, couturière, primipare.

P. R. à 13 ans. Peu après son mariage (il y a deux ans) elle fut atteinte d'annexite et opérée, il y a dix-huit mois (curettage et amputation partielle du col).

D. R. du 5 au 11 avril (?) 1896.

Hauteur de l'utérus : 32 centim.

A son entrée dans le service, le 5 février 1897, elle n'est pas encore à terme ; elle se reposait depuis deux semaines.

Sommet engagé en O.I.G.A. Après un travail total de douze heures et une période de dilatation de 8 heures et demie, elle expulse à midi un enfant petit du poids de 2,730 gr.

Extraction simple du placenta à midi et demi.

L'enfant est peu développé ; au septième jour, il pèse 2,620 gr.

Elle sort en bon état le 14 février.

Obs. II. — 3 *accouchements à terme. Amputation du col suivie de 3 avortements, le dernier compliqué de rétention placentaire et d'hémorragie. Curage digital* (Cl. Baudelocque, 1897, n° 418). — Jeanne D..., employée de commerce.

P. R. à 16 ans.

Les trois premières grossesses se sont terminées en 1881, 1883, 1885, par la naissance d'enfants vivants *à terme*. Atteinte de métrite avec hypertrophie du col, elle subit, en 1892, une amputation du col.

Après cette opération elle devient enceinte deux fois : la première fois en 1893, avortement à cinq mois, l'enfant vécut dix-huit heures ; la seconde fois en 1895, fausse couche de six mois, l'enfant respira quelques instants.

Ces 5 grossesses sont du même père alcoolique.

La sixième *grossesse actuelle* est d'un autre père sobre. D. R. du 16 au 22 octobre 1896 ; au moment de son entrée à Baudelocque le 6 mars, elle est enceinte de quatre mois et demi environ ; l'utérus remonte à 19 centim. au-dessus du pubis.

Au début de la grossesse, rien à signaler si ce n'est une petite perte de sang en janvier ; elle a cessé de travailler depuis un mois.

La rupture prématurée des membranes s'est produite le 5 mars à minuit : elle est gardée en observation au dortoir de la Clinique Baudelocque, à partir du 6. Les contractions commencent le 8 mars à 2 heures du matin ; bientôt les pieds du fœtus apparaissent à la vulve, et l'expulsion du fœtus par l'extrémité pelvienne a lieu bientôt après, il pèse 300 gr.

La délivrance ne se fait pas.

Suites de couches. 12 mars, l'eau des injections sort très sale ; elle contient de nombreux débris placentaires.

Les jours suivants, on donne des injections vaginales fréquentes.

Le 23, l'utérus est encore volumineux comme dans une grossesse de 2 mois et demi, l'orifice du col est fermé ; l'état général est très bon ; la malade ne veut pas rester plus longtemps à Baudelocque, à cause de ses enfants ; elle sort le 25, elle reviendra à la première alerte.

Le 22 avril, quarante-cinq jours après l'avortement, elle revient ayant perdu du sang en abondance ; son état général est grave, le pouls à peine perceptible bat 116 fois. Au moment de son entrée, l'hémorragie est encore considérable ; le bord du placenta est engagé dans le col, mais on sent qu'il est encore adhérent à la partie postérieure de l'utérus. La main étant en entier dans le vagin, l'introduction d'un doigt, à travers l'orifice utérin cicatriciellement rétréci, est malaisée, et le décollement très difficile ; cependant on extrait le délivre en entier. Grâce à deux injections de sérum salé, de 600 gr. chacune, le pouls devient plus fort et moins rapide ; il tombe à 108, puis à 96.

Injections prolongées à 48°.

Le poids du placenta extrait par le curage digital est de 110 grammes.

La malade quitte la clinique complètement guérie le 10 mai.

Obs. III. — *Quatre accouchements à terme. Amputation du col. Une grossesse à terme normale* (n° 1810, 1896, Cl. Baudelocque.) — Marie D..., 34 ans, giletière, entre au dortoir de la Clinique Baudelocque le 4 mai 1896.

Réglée à 14 ans, elle a déjà eu quatre grossesses, toutes terminées à terme par la naissance d'enfants vivants et bien portants ; l'un d'entre eux est mort depuis. En février 1895, métrite chronique qui est traitée à Necker par le curettage et l'amputation du col.

Grossesse actuelle. — D. R. du 12 au 15 janvier 1896 : au moment où elle est admise à Baudelocque, elle est enceinte de 3 mois et demi ; l'utérus remonte à 8 centim. au-dessus du pubis ; elle séjourne au dortoir, sans présenter rien d'anormal, si ce n'est un peu d'éventration, jusqu'au 16 octobre ; à ce moment elle est à terme, la hauteur de l'utérus est de 33 centim. Elle entre à la salle de travail à 2 h. et demie du matin, avec une dilatation de 1 fr. ; sommet engagé en D. P.

La dilatation est complète à cinq heures et demie du soir ; on rompt les membranes à la dilatation complète ; l'expulsion du fœtus a lieu à six heures du soir, en O. P. ; le travail a duré plus de 16 heures. Extraction simple du placenta une demi heure après.

L'enfant du sexe masculin, crie de suite, il pèse 3,980 gr. ; sa longueur totale est de 52 centim. ; au 8e jour, il pèse 4,130 gr.

La mère sort guérie le 26 octobre (1).

Obs. IV. — *Deux grossesses, dont une à terme. Amputation du col. 2 avortements, 1 accouchement avant terme. Rupture prématurée des membranes* (n° 212, 1897, Cl. Baudelocque). — Victorine L..., cuisinière, entrée au dortoir le 4 février 1896. Réglée à 12 ans.

1er accouchement en 1886 à terme ; enfant vivant en 1887 (14 sept.). Avortement à 3 mois.

En 1891, métrite hémorragique, curettage et amputation du col.

En 1894 (10 mai), avortement à 4 mois. Enfant vivant.

En 1894 (27 décembre), avortement à 4 mois. Enfant mort-né.

Les deux premiers enfants sont issus du même père : les trois derniers sont d'un autre. D. R. de la fin de juin au commencement de juillet ; la hauteur de l'utérus mesure 26 centim., la grossesse est donc de 7 mois environ ; la malade s'est reposée pendant toute la gestation. Présentation du siège complet engagé en S. D. ; dès le 4 février, elle perd du liquide amniotique (rupture des membranes à 10 heures du soir) ; elle est gardée en observation dans le service ; le 6 février en pratiquant le toucher, on trouve les deux pieds dans le vagin ; on introduit dans le conduit vulvo-vaginal une mèche de gaze iodoformée. Le 8 février à midi et demi la femme dit ressentir des douleurs assez fréquentes ; elle est transportée à la salle de travail ; la dilatation est alors complète, le siège dans le vagin, un pied à la vulve ; expulsion immédiate du siège complet à 1 h. 55 soir.

Expression française du délivre, qui présente une odeur légèrement fétide ; injection intra-utérine de 15 litres.

L'enfant qui pèse 1,570 gr. est étonné ; sur la moitié inférieure

(1) Le repos absolu que cette femme a pu garder pendant son séjour au dortoir, c'est-à-dire pendant cinq mois et demi, n'a certainement pas été sans influence sur la durée normale de la grossesse.



de la cornée gauche on remarque une taie en croissant ; il est placé dans une couveuse ; au 20e jour, il pesait 1.560 gr. Mère guérie.

Obs. V. — 1re *grossesse terminée à 6 mois, sommet. Métrite, curettage et amputation du col.* — 2e *grossesse terminée à 6 mois, épaule.* — 3e *grossesse terminée à 8 mois, épaule transformée en siège.* (Hirigoyen.) — Mme P..., mariée à 16 ans, devient enceinte l'année suivante et accouche à 8 mois d'un enfant mort ; présentation du sommet. A la suite, elle fut atteinte d'une métrite pour laquelle elle fut soignée pendant deux ans, et qui nécessita une opération. Reçue à l'hôpital St-André, dans un service de chirurgie, on lui fit un curettage de l'utérus et une amputation du col.

Deux ans après, janvier 1894, elle devint enceinte : Albuminurie pendant la grossesse, régime lacté du 3e au 6e mois. Malgré le régime, l'albumine se maintint à 9 grammes par litre. Au 6e mois, début du travail, le 2 juin au matin. Contraction utérine ; le col est fermé, aucune partie fœtale n'est accessible au toucher. Le soir à 11 heures, la dilatation est de 4 centimètres : présentation de l'épaule gauche, dos en arrière, procidence du bras et du cordon. L'enfant est mort. Chloroforme. Version podalique : l'introduction de la main est facile, mais le col se rétracte fortement sur le cou du fœtus et la sortie de la tête est difficile. Suites de couches normales, malgré la présence de 5 gr. d'albumine. Deux mois après l'accouchement (juillet 1894), il y en a encore 1 gr. 50.

En février 1895, début d'une troisième grossesse. L'albumine, qui n'a jamais complètement disparu, remonte à 5 gr. et persiste tout le temps de la grossesse qui se termine à 8 mois.

L'enfant se présentait encore transversalement ; la version externe, tentée à plusieurs reprises, ne peut être effectuée. Le travail survint à 8 mois ; le 7 novembre, présentation du siège complet ; dégagement facile à cause du petit volume de l'enfant, né vivant, et qui s'est développé normalement ; le placenta n'a pas été examiné. Suites de couches normales.

Obs. VI. — 2 *accouchements à terme. Amputation du col. 2 avortements consécutifs nécessitant 2 curettages. Difficulté de la dilatation.* (Chambrelent.) — Julienne R..., 29 ans, journalière. P. R. à 13 ans et demi.

1re grossesse à 22 ans ; accouchement à terme, enfant vivant.

2e grossesse à 23 ans et demi ; accouchement à 8 mois, enfant vivant.

A 26 ans, métrite hémorragique, curettage et amputation du col dans un service de chirurgie (hôpital Saint-André de Bordeaux).

3e grossesse l'année suivante ; avortement à 1 mois et demi, sans cause connue, infection et hémorragie ; elle est curettée à la clinique obstétricale par M. Audebert (1).

4e grossesse en 1896 ; la menstruation persiste, mais la malade ressent des picotements dans les seins et suppose qu'elle est enceinte. Le 2 novembre, après des douleurs violentes, et une hémorragie abondante, elle expulse de gros caillots, dans lesquels on ne recherche pas la présence d'un embryon.

Le 24 et les jours suivants l'hémorragie continue ; frissons, fièvre.

Quand elle entre dans le service de l'isolement dirigé par M. Chambrelent, T. = 39°,4, P. = 110 ; suintement hémorragique continu ; l'utérus volumineux mesure 10 centim. à l'hystéromètre ; le col est dur et fermé.

Le lendemain 28 novembre, dilatation du col avec les bougies de Hégar : cette dilatation est difficile par suite de la rigidité du col, et elle amène l'éclatement des commissures ; l'index introduit avec précautions ne peut décoller un fragment de placenta que l'on sent inséré sur la face antérieure, mais tout à fait au fond de l'utérus. La curette réussit à le détacher. Écouvillonnage de la cavité utérine avec la glycérine créosotée au tiers.

Le soir du curettage, T. = 40°,4 ; le lendemain matin 37°,8 le soir 39°,8.

A partir de ce jour, la température s'abaisse et l'involution utérine s'effectue dans les conditions normales, mais une arthrite tibio-tarsienne à streptocoques se développe, qui nécessite le transfert de la malade dans une salle de chirurgie le 8 décembre : à ce moment on peut la considérer comme guérie de toute complication dans la zone génitale.

Obs. VII. — 1re *grossesse à terme. Amputation du col.* 2e *grossesse terminée à 8 mois et demi.* (Lugeol.) — Mme X..., secondipare. Premier accouchement à terme, suivi d'antécédents infectieux, qui laissèrent une endométrite ; de plus, large déchirure du col. Elle subit deux ans après un curettage et une amputation du col (Schrœder). Une grossesse (la seconde) survint 18 mois après et fut bonne.

Elle accoucha un peu avant terme ; ses membranes se rompirent trente-deux heures avant le début du travail. O. I. G. A.

(1) Cette observation figure sous le numéro V dans notre *Traitement de l'Avortement incomplet*, fait en collaboration avec le Dr Chaleix-Vivie.

La dilatation fut lente (6 heures), mais régulière, la période d'expulsion très courte, une demi-heure à peine. Délivrance faite un quart d'heure après ; il y avait un placenta prævia marginal. Pas d'hémorragie. Suites de couches physiologiques.

Fille vivante pesant 2,700 gr.

Obs. VIII. — 2 *grossesses à terme. Amputation du col suivie d'un avortement de 3 mois. Rétention placentaire ; curage digital ; guérison.* (Personnelle.) — Marie D..., domestique, tertipare, 31 ans ; les règles ont fait leur apparition à 17 ans.

En 1886, première grossesse, accouchement normal, garçon fort gros, en bonne santé ; en 1889, seconde grossesse, garçon bien portant, à terme.

Souffrant du ventre à cette époque, elle entre à l'hôpital Saint-André en 1892, où on lui fit un curettage utérin, puis une amputation du col.

Devenue enceinte pour la 3e fois vers le milieu de 1895 (D. R., 7 novembre), elle est prise, sans cause connue, dans la journée du 12 mars, de coliques utérines très fortes et elle expulse un embryon de la longueur du doigt environ ; les contractions s'arrêtent bientôt après et la malade se croyant guérie, reprend son travail ; le lendemain, une hémorragie subite et très abondante se déclare ; appelé près d'elle, je trouve le placenta à moitié engagé dans le col, lequel est allongé en boyau et peu dilaté. Après une injection intra-utérine abondante je puis avec peine décoller toute la masse placentaire et opérer le curage digital de la cavité utérine. Le col, indépendamment de sa consistance ligneuse ordinaire et de sa forme en tunnel, présentait au niveau de l'orifice externe des noyaux fibreux, rigides, qui auraient sûrement opposé une certaine résistance à une dilatation plus avancée.

Les suites de couches ont été physiologiques.

Obs. IX. — 1 *grossesse à terme. Amputation du col. Accouchement avant terme ; rupture prématurée des membranes ; dystocie par rétrécissement cicatriciel du col ; incisions bilatérales ; forceps ; enfant vivant ; guérison.* (Personnelle.) — Mélanie R..., journalière, 24 ans, secondipare : nourrie par sa mère et réglée à 15 ans, elle n'a jamais été malade jusqu'à sa première grossesse survenue en 1892. Cette grossesse évolue normalement et se termine à terme par la naissance d'un enfant qui, envoyé en nourrice à la campagne, meurt bientôt. Les suites de couches furent marquées des particularités suivantes : 7 jours après son accouchement, et perdant encore du sang, Mélanie R... se lève et reprend son travail ; elle fut obligée de s'arrêter quelques jours après à cause de douleurs très vives dans le bas-ventre et surtout de métrorragies très abondantes. Depuis ce moment-là, les douleurs abdominales n'ont pas cessé, et la menstruation est devenue irrégulière, douloureuse, accompagnée presque toujours de pertes hémorragiques abondantes et de longue durée. En avril ou mai 1894, la malade vint à la consultation de l'hôpital Saint-André où on lui conseilla d'entrer dans un service de chirurgie. Elle suivit ce conseil et au mois de juin on lui fit un curettage et une amputation du col. Guérie par cette intervention, elle devint enceinte, nous dit-elle, pour la seconde fois, au commencement d'avril 1895 ; les dernières règles remontent cependant au 9 mai ; quelques pertes leucorrhéiques, mais aucune douleur dans la sphère génitale.

Subitement, dans la nuit du 20 octobre, elle commence à ressentir quelques douleurs et la rupture spontanée des membranes s'effectue presque aussitôt après. Je suis appelé auprès d'elle le 20 au matin et je constate alors que l'utérus remonte à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic ; le fœtus, petit, est en O. I. G. A., sommet déjà engagé ; la dilatation atteint environ les dimensions d'une pièce de 50 centimes. Je suis de suite frappé de l'aspect anormal du segment inférieur qui est dur et rigide sur une large étendue ; l'orifice utérin présente un bourrelet fibreux très appréciable ; mince et tendu, il est creusé de petites dépressions de quelques millimètres au niveau desquelles ce bourrelet n'existe plus. A la périphérie on trouve une zone cicatricielle formant un anneau complet, plus large sur les parties latérales où il atteint 3 centim. qu'en avant et en arrière où il mesure seulement 1 centim. et demi. Le segment inférieur très aminci coiffe exactement l'extrémité céphalique du fœtus.

On pratique des irrigations antiseptiques multiples et on plonge la parturiente dans un grand bain pendant une heure.

A 6 heures du soir, malgré des contractions énergiques et fréquentes, la dilatatation est de 2 francs seulement. Dans la soirée un nouveau bain est administré ; malgré tout, le lendemain matin, le col est dans le même état, toujours rigide, avec le bourrelet quasi-cartilagineux qui cercle l'orifice utérin ; la dilatation n'a nullement progressé. Pas une goutte de sang ne s'est écoulée. Les contractions se succèdent avec énergie, la femme très épuisée demande avec instance à être délivrée. Les bruits du cœur sont bons.

Vers midi en soulevant les draps, on perçoit une légère odeur fétide ; dès lors l'intervention s'impose. En raison de la nature cicatricielle du rétrécissement et de l'adaptation exacte de la tête



sur le segment inférieur, je juge inutile d'employer les différents agents de dilatation (ballons, divulseurs, écarteurs, etc., et je me décide à avoir recours aux incisions du col.

La femme est mise dans la position obstétricale et chloroformée. Après un lavage des plus minutieux de la vulve et du vagin, j'introduis d'abord le médius gauche entre la tête fœtale et le segment inférieur dans la région latérale droite de l'utérus, un peu en haut, au point où l'anneau fibreux est plus large, tandis que l'index s'applique sur la face vaginale du col jusqu'à l'insertion du vagin. Toute l'étendue du segment inférieur qui doit être sectionnée et ainsi comprise entre mes deux doigts. Saisissant alors de la main droite une paire de ciseaux courbes, j'en glisse une lame dans l'utérus en suivant mon médius, tandis que la branche extra utérine est dirigée le long de l'index. Au moment de la section on entend un bruit sec comme produit par la déchirure d'un morceau de parchemin; immédiatement les lèvres de la plaie s'écartent; j'ai soin de m'assurer que la limite de la zone cicatricielle est dépassée par l'incision.

J'opère de la même façon du côté opposé, le même bruit se fait entendre, et l'écartement se produit aussitôt; peu ou point de sang.

Après une irrigation de 5 minutes, je trouve le col presque complètement dilaté, et la tête qui, avant l'intervention, était en O.I.G.A., a exécuté son mouvement de rotation en O.S. Les bruits du cœur faiblissent et la terminaison rapide de l'accouchement me paraît nécessaire. En introduisant la main dans l'utérus pour guider la première branche du forceps un flot de pus nauséabond s'en échappe.

Dégagement direct en O. S. sans difficultés. Le fœtus est recouvert d'une couche de boue liquide extrêmement fétide; le placenta et les membranes sont verdâtres, et dégagent une odeur infecte. Pas d'hémorragie.

Après une injection intra-utérine très copieuse le segment inférieur et le vagin sont bourrés de gaze iodoformée.

L'enfant, rapidement ranimé, pèse 1,980 grammes; la tête a très nettement la forme en pain de sucre.

Suites de couches. — Le lendemain, le pansement est retiré, l'injection intra-utérine qui suit est un peu louche.

Le 22 et le 23, pas d'élévation de température. Le 24, lochies odorantes; les injections intra-utérines sont continuées 3 fois par jour.

Ce jour-là, par le toucher, je constate que le col, reformé en partie, est notablement court, une sorte d'anneau incomplet (orifice interne) le limitant en haut et de chaque côté le doigt rencontre une encoche profonde d'environ 1 centimètre.

Le 25. T. = 37° 8.

Le 26, la malade se lève; le soir T. = 39°; lochies fétides, injections intra-utérines; quinine.

Le lendemain et les jours suivants la température redevient normale, la fétidité disparaît et le 5 novembre, quand la malade quitte l'hôpital, quoique l'involution utérine soit loin d'être terminée, la réunion des deux incisions est déjà presque parfaite; à peine si l'on perçoit une dépression peu profonde.

L'enfant, nourri par sa mère, pèse alors 2,140 gr.

Obs. X. — *2 accouchements à terme; 1 avortement. Curettage et amputation du col. Accouchement avant terme. Rupture prématurée des membranes.* (Baudelocque, 1897, n° 184.) — Jeanne D.., 30 ans, couturière. Antécédents tuberculeux dans sa famille.

P. R. à 13 ans. Rougeole.

1re grossesse en 1885; garçon à terme, présentation du sommet, accouchement spontané.

2e grossesse en 1897, *ibid.*

3e grossesse en 1893, avortement à 3 mois. A la suite surviennent des hémorragies très fréquentes et très fortes; malgré l'ergotine, les injections chaudes, elles persistent pendant deux mois; la malade entre alors à Tenon où on lui fait un curettage et une amputation du col.

Grossesse actuelle. — D. R. du 2 au 7 juin 1896. Les mouvements actifs sont perçus à la fin de septembre.

Elle entre à la Clinique Baudelocque le 28 janvier 1897, souffrant un peu.

La rupture prématurée des membranes a eu lieu la veille, le 27 janvier, sans contraction.

L'utérus mesure 32 centimètres de hauteur, sommet engagé en G.A.

Le travail marche régulièrement, et l'accouchement se produit le 29 janvier, à 7 h. 35 du soir.

Enfant vivant, du poids de 2,688 gr.

Délivrance normale 30 minutes après; le placenta pèse 450 gr.

Mensuration des membranes 31/5.

Obs. XI. — *3 grossesses normales. Accouchements à terme. Amputation de Schrœder. Accouchement avant terme; rupture prématurée des membranes. Hystéropexie. Accouchement à terme; présentation de l'épaule; rupture précoce des membranes; version difficile; enfant vivant.* (Cl. Baudelocque, 1897, n° 1428.) — Joséphine M..., 36 ans, rempailleuse de chaises. P. R. 15 ans, régulières.

Rougeole de l'enfance; scarlatine à 6 ans; fièvre typhoïde et pleurésie à 21 ans.

1re grossesse en 1879, garçon à terme; sommet; nourri au sein; mort à 2 ans et demi.

2e grossesse en 1883, fille à terme, sommet; nourrie au sein; morte de broncho-pneumonie à 2 ans.

3e grossesse en 1886, fille à terme, sommet; nourrie au sein; vivante.

En 1888, *amputation du col et curettage* à Bichat.

4e grossesse en 1895; accouchement à 7 mois; rupture prématurée des membranes 8 jours avant le début du travail. Enfant né par le sommet, mort au bout de 10 jours.

En mars 1896, salpingite droite et rétroversion; opérée à Bichat *castration droite* et *hystéropexie abdominale*).

5e grossesse actuelle. — Elle entre au dortoir le 5 juillet 1897. D. R. (vers le 20 novembre 1896. Hauteur de l'utérus: 36 centimètres. Hémorrhagies le 10 et le 20 janvier 1897.

Œdème des jambes et de la partie abdominale. Régime lacté.

On constate une présentation transversale, tête dans la fosse iliaque gauche, épaule droite dorso-antérieure.

Cette femme a commencé à perdre les eaux au dortoir à 1 heure et demi du matin le 22 août, n'éprouvant alors que quelques faibles douleurs. A partir de 3 heures du matin, les contractions deviennent plus fortes; la malade est transportée à la salle de travail. A son arrivée on constate que le bras droit du fœtus est dans le vagin, la dilatation absolument complète. Pendant l'examen de la femme, il s'écoule une certaine quantité de liquide amniotique épais et de couleur verdâtre. Par le palper, on sent la tête dans la fosse iliaque gauche. L'auscultation pratiquée avec soin ne permet pas d'entendre les bruits du cœur, peut-être à cause de l'obésité et de l'œdème sus-pubien très marqué de la parturiente. On la met dans la position obstétricale, on place un lac sur le membre situé dans le vagin, et Mlle Roze tente la version par manœuvres internes. Elle introduit alternativement dans l'utérus le bras droit, puis le bras gauche, et va à la recherche d'un pied. Celui-ci, placé très haut, au fond de l'utérus et en avant, ne peut être saisi qu'après plusieurs tentatives et de grands efforts. Abaissé enfin, il ne permet pas l'évolution du fœtus, l'utérus ne contenant pas de liquide amniotique. Mlle Roze saisit l'autre pied et l'amène à la vulve avec beaucoup de peine; puis elle exerce sur ce dernier des tractions lentes et continues jusqu'à ce que le siège apparaisse à la vulve.

Après le dégagement du siège, le second pied avec le membre inférieur correspondant est extrait à son tour, puis le tronc, et enfin successivement le bras antérieur et le bras postérieur. La manœuvre de Mauriceau est alors tentée, mais la tête bridée par l'orifice utérin ne peut être dégagée qu'avec beaucoup de peine par Mlle Roze, pendant qu'un aide refoule le col. Un craquement articulaire a été entendu au moment du dégagement de la tête. L'enfant, un garçon de 4,430 gr., naît en état de mort apparente, il a fait plusieurs mouvements respiratoires pendant l'extraction; on ne peut le ranimer qu'après de longs efforts; désobstruction des voies respiratoires, insufflation, frictions à l'alcool, oxygène, bain sinapisé.

La délivrance n'a rien présenté de particulier.

La mère sort le neuvième jour en bon état, et l'enfant pèse alors 4,550 gr.

Obs. XII. — *Accouchement à terme. Curettage et amputation de Schrœder. Accouchement à sept mois et demi: présentation de l'épaule; rupture prématurée des membranes. Physométrie. Putréfaction fœtale. Embryotomie.* (Cl. Baudelocque, 1897, n° 1967.) — Lina M.., 31 ans, ménagère, entre à la Clinique Baudelocque le 1er novembre 1897 à minuit.

P. R. à 18 ans, régulières.

1re grossesse en novembre 1892. Accouchement à Saint-Louis; fille à terme, venue par le sommet, élevée par une nourrice; bien portante.

En octobre 1893, curettage et amputation de Schrœder à Saint-Louis

2e grossesse actuelle. — D. R. 15 au 18 mars.

Perception des mouvements actifs au mois d'août.

La hauteur de l'utérus est de 33 centim. Pas d'albumine. Elle vient à la consultation le 30 octobre dans la matinée; elle dit avoir perdu de l'eau ce jour-là, à 4 heures du matin. L'utérus est contracté, on ne peut reconnaître que deux masses qui semblent constituées par le dos et par la tête située en haut et à droite. Rien au niveau du détroit supérieur; on entend les battements du cœur à droite, peu distinctement. Le sang qui s'écoule en abondance est clair, plutôt rosé. Pas de contractions douloureuses. On accepte la femme à la salle Dugès. Dans l'après-midi, petites douleurs, pas de modifications du col, l'écoulement sanguin a cessé. Au palper on trouve l'utérus moins dur, et on confirme le diagnostic de présentation de l'épaule, la tête est toujours en haut et à droite.

Les bruits du cœur fœtal sont nettement entendus.



Le 31 octobre quelques petites douleurs ; plus de pertes, le soir elle entre à la salle de travail. Auscultation négative.

Le 1er novembre à 11 heures du matin, on introduit un ballon Champetier gonflé à 300 gr. ; de temps à autre quelques petites contractions.

Le 2, le ballon est dans le vagin ; on le retire à 8 heures et demie ; à 9 heures et demie, dilatation comme une paume de main. Mauvaise odeur ; écoulement sanieux et fétide.

A 11 heures, intervention par M. Varnier. Embryotomie avec l'embryotome de M. Ribemont-Dessaignes. La section part de l'aisselle supérieure (la gauche) pour aboutir obliquement à la partie droite du cou ; par conséquent, le bras gauche reste attaché à l'extrémité céphalique.

Fœtus putréfié ; exhalant une odeur infecte. Placenta putréfié. Quelques heures après l'intervention T. = 41°.

Les 4 jours suivants la température oscille entre 37°5 et 38°5. On fait des injections intra-utérines quotidiennes qui ramènent des caillots et des débris fétides.

40 gr. par jour de sérum A.

Le 6, T. = 39°2.

Le 9, T. = 38°4.

Du 9 au 13 la température est normale et, à part quelques écarts, se maintient entre 37° et 37°5.

En donnant les injections intra-utérines on se rend compte de l'état du col qui est le suivant : au fond du vagin on trouve un petit bourrelet d'un demi-centim. d'épaisseur, irrégulier, de consistance moyenne, mais présentant sur le pourtour une série de tubercules indurés, du volume d'un noyau de cerise. Ces tubercules circonscrivent un orifice qui laisse à peine pénétrer l'extrémité du doigt.

La femme est actuellement en bon état (9 décembre 1897).

Obs. XIII. — *1re grossesse normale. Curettage et amputation du col. 2e grossesse sans complications; accouchement à terme.* (Cl. Baudelocque, 1897, n° 2180.) — Emilie J..., 39 ans, journalière.

P. R. à 15 ans. Rhumatisme articulaire à 17 ans.

1re grossesse : elle accouche spontanément chez elle, d'une fille à terme, en présentation du sommet.

Cinq semaines après son accouchement, elle entre à l'hôpital Necker pour un prolapsus utérin, qui est traité par l'amputation du col ; en même temps, castration gauche.

Grossesse actuelle. — D. R. du 26 au 29 février. Apparition des mouvements actifs à la fin de juillet 1895. Elle entre à la salle de travail de la Clinique Baudelocque le 29 novembre 1895 à 3 heures du soir ; elle souffre depuis la veille (midi). La hauteur de l'utérus mesure 34 centim. Rien d'anormal, à part des varices au niveau des membres inférieurs ; pas d'albumine.

Sommet engagé en G. A. A son entrée, la dilatation est complète, la poche des eaux rompue.

A 4 heures, elle expulse un enfant du sexe féminin, pesant 3,480 gr. et long de 48 centim.

Rien à noter pendant la période de délivrance; le placenta pèse 630 gr.

Obs. XIV. — *Accouchement à 7 mois et demi. Curettage. Amputation du col, ablation d'un kyste de l'ovaire. — 2e Grossesse. Hémorragies, violentes douleurs lombo-abdominales pendant la grossesse ; accouchement à terme ; enfant vivant* (Maternité de Beaujon, Lepage). — Eugénie N..., 22 ans, blanchisseuse, entre à la Maternité de Beaujon le 15 septembre 1897.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'une affection cardiaque. Mère morte d'une tumeur abdominale. Frères et sœurs vivants et bien portants.

Antécédents personnels. — P. R. à 16 ans, réglée régulièrement depuis. Rougeole, péritonite (?).

Rhumatisme articulaire à 17 ans ; à la suite, oppression, dyspnée. Début de la maladie de cœur.

Pleurésie à 19 ans et demi.

Albuminurie en mai et avril 1896.

1re grossesse en 1895 ; accouchement spontané à 7 mois et demi, enfant mort 2 heures après sa naissance. Immédiatement après cet accouchement la malade a subi un curettage, puis, en avril 1896, une amputation du col à Saint-Louis, et enfin, en novembre 1896, l'ablation d'un kyste ovarique.

Grossesse actuelle. — D. R. du 25 au 29 février 1897.

Apparition de mouvements actifs vers le 4e mois. La malade ressent pendant toute la durée de la grossesse des douleurs assez violentes dans le bas-ventre et dans les reins, semblables aux douleurs menstruelles. Depuis le mois d'avril, jusqu'au mois de juillet, elle perd constamment du sang ; aussi est-elle obligée de garder presque toujours le lit, ne se levant que pour les repas.

Au mois de septembre, les douleurs deviennent plus vives et la malade entre à la Maternité de Beaujon dans le service de M. Ribemont-Dessaignes, suppléé par M. Lepage, le 15 septembre, à 8 heures et demie du soir.

On constate à ce moment de l'albuminurie et, de plus, un rétrécissement mitral. La hauteur de l'utérus est de 25 centim.

Le lendemain matin, M. Lepage examine la malade. L'orifice du col regarde la symphyse, en contact avec la face postérieure du pubis. On ne sent nulle part du tissu cicatriciel. La partie fœtale est élevée.

Traitement. — Repos ; régime lacté ; lavement au chloral, non gardé ; potion au chloral ; puis lavements laudanisés.

19 septembre. Plus d'albumine, la malade se plaint violemment ; les douleurs sont très intenses ; pas de contractions de l'utérus. Par le toucher on ne constate aucune modification du col. Application de laudanum sur la paroi abdominale, potion avec 4 grammes de bromure de potassium.

Le soir vers 8 heures, les douleurs deviennent très fortes ; injection hypodermique de morphine.

Le 20. Amélioration sensible : deux pilules d'extrait thébaïque. Bromure de potassium.

L'état reste stationnaire jusqu'au milieu d'octobre avec tendance à la diminution des douleurs.

Même traitement : opium, chloral, sulfonal, bromure. Repos absolu.

Vers le milieu d'octobre les souffrances sont moins intenses et la malade accuse une atténuation marquée dans ses douleurs.

Hauteur de l'utérus le 30 septembre : 27 centimètres. Le 27 novembre 1897 : 33 centimètres.

Début du travail le 27 novembre 1897 à 6 heures du matin. A la visite, M. Lepage pratique le toucher et arrive sur un orifice épais, dont les bords ne font pas saillie, au niveau du segment inférieur, et sur la poche des eaux qui bombe pendant la contraction.

Début de la dilatation à 10 h. 1/2 du matin. O. I. G. A.

La période de dilatation est assez lente : la dilatation n'est complète qu'à 9 h. 40 du soir.

La rupture spontanée des membranes s'effectue à ce moment et l'expulsion de l'enfant a lieu de suite après, à 9 h. 45. Durée du travail, 15 h. 45.

Enfant vivant pesant 3,450 gr.

Délivrance normale ; le cordon, long de 80 centim., présente un nœud simple à 40 centim. de l'insertion ombilicale.

La femme est examinée le 9 décembre. M. Lepage trouve une cicatrice linéaire assez étendue dans le cul-de-sac droit, en avant du col, cicatrice longue de 7 centim. environ, ne faisant pas saillie.

Le col n'est nullement déchiré, il est régulier, sans tissu cicatriciel ; il paraît moins long qu'à l'ordinaire.

La malade n'éprouve plus aucune douleur et n'est plus oppressée (le 9 décembre).

(A suivre.)

(Annales de gynécologie et d'obstétrique.)

REVUE ANGLAISE

Inglis Parsons. — NOUVELLE MÉTHODE DE TRAITEMENT DU PROLAPSUS UTÉRIN. (65e Congrès de l'Ass. méd. angl. *Brit. med. J.*, 23 oct. 1897.)

La fréquence du prolapsus chez les femmes obligées de gagner leur vie, donne de l'intérêt à tout ce qui en vise le traitement. Le plus important facteur de cette infirmité est sans doute l'attitude debout de la race humaine pour la locomotion. A l'origine, d'après Darwin, cette attitude devait être celle des quadrupèdes et les moyens de fixité de l'utérus sont en effet plus en rapport avec elle, le vagin servant alors de ligament résistant et non pas, comme dans l'attitude droite, de support impuissant. L'évolution est arrivée sans doute à corriger, chez la plupart des femmes, les inconvénients de cette situation ; néanmoins elle se présente comme un facteur puissant du prolapsus. Les causes efficientes principales sont le relâchement des ligaments par l'âge, la déchirure du périnée, les grossesses et la subinvolution. Le prolapsus aigu, à la suite de l'effort, peut s'observer chez des vierges jeunes, mais c'est là un accident rare. Le prolapsus s'observe à divers degrés, mais en pratique, on peut n'en admettre que deux : le 1er dans lequel l'utérus est maintenu par un pessaire approprié et permettant le travail ; le 2e dans lequel, malgré repos, astringente, injections et pessaire, l'utérus se prolabe encore dès que la malade vaque à ses occupations.

L'auteur n'envisage que cette seconde hypothèse, dans laquelle une intervention opératoire est nécessaire. Jusqu'à présent, deux méthodes y ont pourvu : la restauration du support vaginal ou la fixation supérieure de l'organe à la paroi abdominale. I. P. propose un 3e moyen, qui consiste à renforcer ou à créer de nouveaux ligaments : il le base sur ce fait que, à la suite de la paramétrite ou cellulite pelvienne, l'utérus reste fixé, malgré la résorption ultérieure plus ou moins complète de l'exsudat. Pourquoi ne pas provoquer dans un but thérapeutique une cellulite plastique, un épanchement de lymphe, non septique, en évitant de produire de

la périmétrite ou de la péritonite. Cette théorie étant établie, restait à faire choix d'une substance non toxique, non caustique, afin de limiter le processus inflammatoire : l'auteur a choisi une solution de quinine dans l'eau acidulée d'acide sulfurique et qu'il injecte au moyen d'une petite seringue, munie d'une longue aiguille, de chaque côté du col, à 1 p. de l'insertion vaginale, en évitant l'utérine et en pénétrant à 3/4 de p. de profondeur. Dans un cas dont l'auteur relate l'observation, le succès a été complet après les incidents suivants : légère élévation de t° pendant 6 jours, douleur dans les culs-de-sac, mais non dans le ventre ; ulcération au bout de quelques jours, au niveau des deux injections, incident sans gravité et que l'auteur se propose d'éviter à l'avenir un usant d'une solution plus diluée.

Raisonnant par analogie de ce qui se passe dans une articulation traumatisée, I. P. est d'avis de faire garder le repos pendant 2 ou 3 mois après ces injections, afin d'éviter la résorption de l'exsudat ; en effet, dans une arthrite traumatique, le massage et les mouvements traitent la résorption des produits plastiques, tandis que l'immobilisation prolongée l'empêche et favorise l'ankylose.

Parmi les autres moyens thérapeutiques, l'auteur préconise la colpo-périnéorraphie au moyen d'un large avivement triangulaire en ayant soin de faire remonter le périnée très haut sur la vulve, et en laissant les malades au lit assez longtemps pour que le nouvel anneau vulvo-périnéal présente une résistance suffisante.

Robert Murray, laissant de côté le traitement radical pour la ventrofixation ou l'Alexander, n'envisage que la prophylaxie. A l'exception des déviations en avant, les déplacements utérins relèvent généralement de la subinvolution, fonction elle-même de l'infection septique ou gonococcienne. Après l'avortement ou l'accouchement, traiter la subinvolution par le repos, l'exercice et les toniques et aux premières menstruations par la dilatation, l'électricité, le régime. Après les grossesses, viser les déchirures du col et du périnée, qu'il faut réparer soigneusement, guérir toute endométrite qui, par propagation aux annexes, produirait des adhérences indélébiles ; pour cela, asepsie parfaite pendant le puerpérium, injections chaudes, tampons de glycérine ichthyolée placés dans la position génu-pectorale, jusqu'à l'évolution normale.

Il ne faut pas songer à supprimer tout utérus infecté, mais plutôt à le curetter, à le tamponner et à enrayer la propagation aux trompes. Ces moyens suffisent presque toujours à empêcher l'invasion du péritoine, laquelle obligerait plus tard au traitement radical. Les pessaires sont utiles, si leur usage n'est pas trop prolongé, mais ils sont plutôt nuisibles en cas de lésions annexielles : le tamponnement vaginal est alors beaucoup mieux indiqué.

Riddle Goffe. — La question des déplacements utérins embrasse toute la discussion de la statique pelvienne. Pour comprendre quels facteurs doivent agir dans les restaurations pelviennes, il faut comprendre d'abord quelles forces ont agi dans le déplacement et en second lieu se rendre compte des moyens qu'on a de triompher de ces forces ou de leur résister. Dans ce but, l'orateur, par des schémas et des explications, démontre l'attitude et les rapports des organes pelviens dans la station debout, c'est-à-dire celle dans laquelle s'exercent le plus les efforts et les causes de déplacements. La loi générale est que les organes sont maintenus en place par leurs ligaments : l'utérus ne fait pas exception : il est maintenu par ses ligaments et non par le plancher du bassin. C'est donc sur eux que doivent agir les moyens de restauration. En pratique, l'*antéversion* non compliquée ne constitue pas une condition pathologique et si une malade souffre du bassin avec un utérus antéversé, c'est en-dehors de l'organe qu'il faut en chercher la cause. L'*antéflexion* est une déformation due à un arrêt de développement et ne requiert nul traitement violent. Dilatation antiseptique, au besoin, curettage et tamponnement. Cette déformation survient ordinairement chez les jeunes filles dont la santé générale, au moment de la puberté, laisse à désirer, d'où indications prophylactiques. Quant à la *rétroversion*, le traitement primitif importe aussi beaucoup et consiste dans les soins scrupuleux du puerpérisme, dans la restauration immédiate des lésions de l'accouchement, etc. Comme moyen effectif, c'est sur les ligaments ronds qu'on doit agir. Sans entrer dans la discussion comparative de l'hystéropexie et de l'Alexander, l'orateur préconise le raccourcissement des ligaments ronds à travers le cul-de-sac vaginal antérieur. Cette méthode permet, suivant les cas, la conservation ou l'ablation des annexes et élude les objections respectivement faites aux deux méthodes ci-dessus.

William Gardner est d'accord avec Murray quant à l'importance de l'entretien de la santé générale pour la prophylaxie et la cure des déplacements : peu documenté sur la fixation vaginale des ligaments, il n'aime pas beaucoup cette méthode. En revanche, une large expérience de la ventrofixation surtout et aussi de l'Alexander, lui donne la plus grande confiance dans ces méthodes. Mais elles ne sont indiquées que dans une proportion modeste des cas. L'analyse de ceux-ci montre que la plupart sont complexes, que le déplacement n'en constitue qu'un des éléments et que la guérison de celui-ci exerce une influence incontestable sur la cure des autres éléments.

Thomas Fisher. — INVERSION ET PROCIDENCE COMPLÈTES DE L'UTÉRUS. (*Brith. med. J.*, 23 oct. 1897).

Femme de 27 ans, 3e accouchement, normal, mais avec tendance à l'inertie comme les précédents. Le 4e jour, pendant des efforts de défécation, apparition subite d'une tumeur à la vulve, avec choc, hémorragie et état général grave. L'examen révèle une procidence de l'utérus inverse.

Des tentatives de réduction sont faites sans succès et peu de temps, en raison de la grande friabilité de l'organe. Le lendemain, nouvelle tentative sous le chloroforme et sans plus de succès. La malade est placée dans la position déclive et remontée par des toniques, son état général ne permettant pas actuellement d'intervention opératoire. Un mois plus tard, on essaye la réduction au moyen de l'appareil sigmoïde d'Aveling qui tient mal et échoue : on le remplace par un réducteur à cupule et tige droite qui donne la réduction en 48 h.

Ce cas, en raison de la date et de la cause de son apparition, indique qu'il ne faut pas se hâter d'obtenir la réduction si on échoue lors d'une première tentative : en raison de la gravité des symptômes qui peuvent entraîner la mort, il importe d'instituer sans délai un traitement médical.

REVUE BELGE

Delize. — UN CAS DE FIÈVRE PUERPÉRALE. — EMPLOI DU SÉRUM DE MARMORECK. — GUÉRISON. (*Journal d'accouchements de Charles*, 26 janvier 1898.)

Les cas de septicémie puerpérale, traités avec succès par le sérum de Marmoreck, ne sont pas encore fort nombreux. C'est pourquoi l'observation suivante, qu'a bien voulu nous transmettre notre habile confrère, M. le Dr Delize (de Fexhe-Slins), présente un grand intérêt pratique. Nous le remercions cordialement de sa bonne obligeance.

Mme B., secondipare, âgée de 31 ans, habitant Hermée, sans antécédents pathologiques, est accouchée naturellement le 4 octobre dernier, d'un enfant à terme et vivant, du sexe masculin, se présentant par la face.

Le travail a duré 18 heures. Dans cette circonstance, la patiente a été assistée par une accoucheuse, qui a procédé à la délivrance artificielle, peu de temps après la naissance de l'enfant.

L'accoucheuse a fait, à partir de ce jour, des visites quotidiennes et à chacune d'elles, une injection vaginale d'une solution phéniquée d'un titre incertain.

Le 13 octobre, à 8 heures du soir, on vient me prier de me rendre en toute hâte auprès de Mme B., atteinte, dit-on, de rétention d'urine.

Je trouve la malade au lit, température 39,5, pouls à 100 ; elle se plaint de douleurs dans le ventre et me dit que 2 à 3 jours après l'accouchement les lochies sont devenues extrêmement fétides (fétidité actuellement disparue) ; le 10 elle a eu un frisson. Depuis le matin elle a rendu environ un verre à vin d'urine foncée et trouble. (Cette urine ne contient pas d'albumine.)

L'examen des organes thoraciques ne révèle rien d'anormal, le ventre est légèrement ballonné, la vessie est vide, les lochies sont grisâtres, non fétides. Au toucher on sent un utérus trop gros ; rien du côté des annexes. Je prescris un gramme de quinine et je promets de revenir le lendemain matin pour faire le curettage de la matrice.

14 octobre matin : température 39. — Même état que la veille, la malade n'a presque pas uriné ; le spéculum fait voir un col utérin couvert de fausses membranes grisâtres. — Irrigation vaginale avec une solution de sublimé au millième, puis curettage de l'utérus avec la curette mousse irrigatrice de Reinstätter, qui ramène des fausses membranes et des lambeaux de caduque, mais aucun débris de cotylédons placentaires.

Je prescris une potion de Todd et je recommande à la malade de boire le plus de lait et le plus d'eau qu'elle pourra.

Soir : température 39,2 environ 200 grammes d'urine. Injection intra-utérine avec une solution de sublimé au millième.

15 octobre, matin : température 39,5 — nouveau curettage et tamponnement de l'utérus à la gaze iodoformée.

Le *soir*, je vois la malade avec M. Charles : température 39,9, urines un peu plus abondantes que la veille. M. Charles ne trouve aucune lésion des annexes ; il passe la curette tranchante, irrigue la matrice, y place une mèche de gaze iodoformée et me conseille de faire le lendemain un écouvillonnage de la cavité utérine avec un tampon d'ouate imbibé de teinture d'iode. Il est entendu que si la situation ne s'améliore pas, on fera une injection de sérum de Marmoreck.

16 octobre, matin : température 38,2. Irrigation de la cavité utérine ; écouvillonnage avec de l'ouate imbibée de teinture d'iode.



Soir : température 38,5, même traitement que le matin.
17 octobre, matin : température 38,3.
Soir : température 38,9. J'injecte dans la peau du ventre 20 centimètres cubes de sérum de Marmoreck.
18 octobre, matin : température 37,1 ; pouls 102.
La patiente a passé une meilleure nuit ; elle se plaint seulement d'avoir transpiré très abondamment, au point qu'on a dû la changer deux fois de linge ; elle se sent très faible et continue à se trouver très malade.
Soir : température 37,6. J'injecte encore 10 centimètres cubes de sérum de Marmoreck.
19 octobre, matin : température 37,3. La nuit a été bonne ; fortes transpirations. L'état général est le même que la veille. Les jours suivants la température reste normale, le pouls oscille autour de 100 pulsations à la minute ; les urines deviennent abondantes. Mais le moral reste mauvais ; la malade mange peu, se plaint de toutes sortes de sensations bizarres et imaginaires et présente l'aspect d'une mélancolique. Cette situation persiste jusqu'au 26 octobre. Ce jour-là la température remonte à 38,5, mais un examen de tous les organes ne fait rien découvrir.
27 octobre : Quand j'arrive chez M. B., on me dit qu'elle a été plus mal depuis la veille, qu'elle a déliré tout le temps et qu'en ce moment elle est mourante. Je la trouve dans le coma. Température 38,5 ; pouls à 100 ; respiration 40. Tout à coup la patiente a, devant moi, une attaque de grande hystérie (clonisme, attitude passionnelle, hallucination, tout y est).
A partir de ce moment, l'état mental de Mme B. s'est amélioré lentement. Au bout de trois semaines, elle a consenti à se lever. Dès qu'elle a été en état de sortir, elle est allée passer le temps de sa convalescence auprès d'une parente et est rentrée chez elle complètement rétablie.
L'influence heureuse du sérum antistreptococcique ne paraît pas douteuse dans ce cas.
Nous ajouterons un simple mot à l'observation de notre distingué confrère.
Mme B. était la seconde femme de M. B. et la première femme avait été emportée par la fièvre puerpérale, il y a quelques années, *dans la même maison*. Nous avons aussi vu cette dame en consultation, mais à un moment où tout espoir était perdu.
Quand nous avons vu la seconde Mme B. avec M. Defize, le 15 octobre dernier, au soir, la malade avait le moral en détestable état ; elle était persuadée qu'elle devait fatalement mourir comme sa devancière et rien ne pouvait la tranquilliser ; de là, apparemment, les symptômes psychiques et nerveux constatés dans la suite, après la disparition de la septicémie.

REVUE DES THÈSES

Yordanoff, I. — RECHERCHES CLINIQUES ET BACTÉRIOLOGIQUES SUR LES SALPINGO-OVARITES. (*Thèse de Paris*, 1897.)

Il est aujourd'hui d'opinion courante que la salpingite non puerpérale est presque toujours une salpingite blennorragique. Dans tous les cas (que Yordanoff a pu examiner) de salpingo-ovarite survenant en dehors de l'avortement ou de l'accouchement, alors que la femme ne semble présenter aucune tare génitale, l'auteur a trouvé dans le pus le Gonocoque.
Le début de la salpingo-ovarite à Gonocoques est très variable ; il peut être brusque et d'autres fois très lent. La marche de la maladie est subaiguë, aiguë et le plus souvent chronique ; son évolution est moins longue que dans la salpingo-ovarite à Streptocoques.
La salpingo-ovarite à Gonocoques, après la ponction et la désinfection de la poche, guérit en revanche plus facilement que la salpingo-ovarite à Streptocoque et à Bactérium coli ; à l'inverse de ces dernières, elle guérit sans fièvre.
En général, la salpingite à Gonocoques ne s'accompagne pas de fièvre ; Krönig a cependant signalé dans certains cas une forte élévation de température ; mais mes observations personnelles d'une part, celles de Raymond de l'autre, permettent d'affirmer le contraire : une forte élévation de température devant toujours faire penser à une infection secondaire.
La salpingo-ovarite à Gonocoques peut se compliquer de péritonite. Si du pus de blennorragie pure passe dans le péritoine, tout se borne à une inflammation circonscrite qui enkyste le pus. Le Gonocoque ne trouve pas dans le péritoine un milieu où il prolifère à son aise et son pus s'y comporte presque comme un corps étranger aseptique.
Charrier et d'autres pensent aujourd'hui que la péritonite non puerpérale est presque toujours chez la femme une péritonite blennorragique.

Dans un cas cité par Bröse, il s'agissait d'une jeune femme de 27 ans soignée depuis plusieurs jours pour une blennorragie étendue à l'urèthre, aux glandes de Bartholin et au col de l'utérus. Cette malade fut prise tout d'un coup d'une pelvipéritonite qui la retint au lit longtemps. L'auteur estime que la laparotomie en pareil cas est plus nuisible qu'utile, la guérison s'effectuant spontanément.
Menge, après avoir pratiqué une laparotomie pour extraire une trompe malade, put prélever du pus, qui ensemencé donna des cultures de Gonocoques. Le pronostic des salpingo-ovarites à Gonocoques, quelquefois grave, est donc d'une façon générale plutôt bénin. Pour Noggerath et Noble et quelques autres, il est vrai, une salpingo-ovarite blennorragique ne peut jamais guérir spontanément.
Les symptômes physiques perçus par le palper abdominal combiné au toucher vaginal sont dus ordinairement aux lésions de la trompe encore plus qu'aux lésions de l'ovaire ; c'est là un caractère clinique très important parce que dans la salpingo-ovarite pure à Gonocoques par exemple, l'ovaire toujours reste petit, échappant généralement au toucher et au palper faits isolément ou combinés.
La salpingite blennorragique est toujours précédée d'une blennorragie urétrale et vaginale qui se propage au col et au corps de l'utérus et qui de là gagne les trompes.
D'après Zuther la propagation se fait par les lymphatiques ou de muqueuse à muqueuse.
La salpingo-ovarite puerpérale est presque toujours une salpingo-ovarite à Streptocoques. Sur 100 cas de salpingo-ovarites, plus de la moitié sont dus aux Gonocoques et aux Streptocoques, les autres cas sont très rares. Dans tous les cas de salpingo-ovarite que j'ai pu examiner, survenant après une fausse-couche ou un accouchement effectué dans des conditions septiques, alors que la femme n'avait pas la blennorragie, j'ai toujours trouvé dans le pus le Streptocoque.
Au premier rang des causes de l'inflammation des annexes il faut placer l'infection puerpérale. L'infection puerpérale elle-même succède à un accouchement laborieux et long, soit plus souvent encore à un avortement. Dans ces conditions, il est suivi d'une endométrite qui à un moment ou à un autre, rayonne du côté des trompes. Le Streptocoque est l'agent infectieux de cette forme de salpingite.
Bien que toutes les femmes atteintes de salpingites à Streptocoques aient eu des accidents puerpéraux, Kaltenbach aurait observé une ovarite à Streptocoque chez une vierge.
Zweifel cite un cas où une vierge à la suite d'une fièvre typhoïde eut une salpingo-ovarite adhérente à l'intestin et contenant des Streptocoques.
La salpingo-ovarite à Bacterium coli est presque toujours secondaire ; elle succède à une infection blennorragique ou à des accidents puerpéraux.
Le Bactérium coli se trouve dans le pus, dans les cellules desquamées, sur la surface de la muqueuse, dans les cellules non desquamées, dans les adhérences, quelquefois même dans les tumeurs des annexes et de l'utérus, adhérentes avec l'intestin.
La salpingo-ovarite à pneumocoques est très rare. On trouve le Pneumocoque associé au Staphylocoque et au Bacille de l'œdème malin.
D'après Stroganoff les abcès à Pneumocoques du ligament large, des trompes et des ovaires, proviendraient d'une généralisation du Pneumocoque à la suite d'une pneumonie. Reymond, Fraenkel, et Roemhel, professent que l'infection s'effectue par la circulation générale ; on peut aussi admettre que l'infection se fait directement par les organes génitaux.
Pour Yordanoff, le pneumocoque se trouverait normalement dans le vagin à l'état de saprophyte.
Citons ensuite, pour mémoire, la salpingite actinomycosique, la salpingo-ovarite syphilitique, la salpingo-ovarite papillomateuse, la salpingo-ovarite de la scarlatine, de la variole et de la fièvre typhoïde.
Enfin rappelons que la salpingo-ovarite à bacille de Koch n'est pas exceptionnelle. En général il s'agit d'une infection secondaire, mais parfois, les annexes sont infectées lorsque les poumons sont déjà guéris. Dans certains cas, en revanche, la porte d'entrée des bacilles de Koch est la voie vaginale.

Tout ouvrage dont il sera envoyé deux exemplaires sera annoncé et analysé s'il y a lieu.

R. PICHEVIN, *Directeur-Gérant.*

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE DAIX FRÈRES.
Maison spéciale pour Journaux et Revues.



SOMMAIRE

PÉAN ET KŒBERLÉ

Par R. PICHEVIN, chef des travaux gynécologiques à la clinique chirurgicale de Necker.

—

Dans l'excellent discours que M. Pozzi a prononcé tout dernièrement sur la tombe de Péan, il a mis en relief les qualités du puissant chirurgien de l'Hôpital international et il a fait ressortir les titres qui assuraient à ce brillant opérateur une place fort enviable dans le livre d'or de la Chirurgie du XIXe siècle.

Une justice peut être tardive a lui pour Péan dont la valeur resta longtemps discutée dans son propre pays. Il ne nous appartient pas, au lendemain d'une mort prématurée, de rechercher les causes de l'isolement scientifique dans lequel il vivait et du vide que ses pairs avaient fait autour de lui.

Pour notre part, nous avons pensé que, malgré tout, il fallait rendre à César ce qui était à César et qu'il était de notre devoir d'attribuer à Péan les découvertes et les perfectionnements qui — pièces en mains — lui appartenaient d'une façon indiscutable. Ailleurs et de son vivant, nous lui avons rendu justice dans une question controversée qui lui tenait à cœur, et qui avait suscité des débats passionnés dans des Congrès internationaux.

Aucune tentative de dénigrement ne peut donc germer dans notre esprit.

La mort fait entrer Péan dans l'histoire, et c'est avec l'impartialité la plus absolue et en se confinant dans le domaine purement scientifique qu'il faut le juger, à la lumière des documents qui assurent tôt ou tard, mais d'une façon toujours certaine, le triomphe de la vérité.

Péan a laissé des titres qui suffisent à perpétuer sa mémoire.

Mais M. Pozzi n'a-t-il pas trop sacrifié au légitime désir de glorifier le grand mort si brutalement arraché à l'affection de sa famille, de ses amis et de ses élèves, en lui attribuant un rôle prépondérant dans la découverte de la forcipressure ?

« Le second titre de Péan — a dit M. Pozzi — à la reconnaissance des chirurgiens est assurément sinon l'invention des pinces à forcipressure, au moins leur emploi systématique dans toutes les opérations, puis le perfectionnement et l'adaptation spéciale de leurs divers modèles. Une contestation savante et retentissante de priorité n'a pas réussi à le déposséder. Si Péan n'a pas le premier pincé des vaisseaux pour l'hémostase, il est bien le premier à l'avoir fait d'une manière constante, réglée et variée. La méthode et l'arsenal restent donc bien les siens. »

Il est une part indiscutable de vérité dans le jugement que porte M. Pozzi. Sans contredit, Péan, par sa pratique et par son enseignement, a singulièrement vulgarisé l'usage des pinces hémostatiques. Il a étendu le champ d'application de ces instruments dans les différentes opérations ; il a montré les avantages de la forcipressure ; il a été à Paris le protagoniste de la méthode qu'il a préconisée avec une ardeur d'apôtre et a fait fabriquer un nombre considérable de modèles de pinces qui ont rendu d'incontestables services.

Mais sont-ce des raisons suffisantes pour trancher le différend douloureux qui s'est élevé entre Péan et Kœberlé sur la question de priorité de la forcipressure ? Nous ne croyons pas que l'on puisse déposséder Kœberlé, une des gloires les plus pures de la gynécologie française, des droits qui résultent de pièces authentiques et de témoignagnes indiscutables.

Nous avons sous les yeux, au moment où ces lignes sont tracées, la série des publications de Kœberlé, celles qui datent d'avant la guerre, son mémoire de 1874 et les différents travaux dans lesquels Péan expose ses revendications. Nous estimons que l'arrêt trop sommaire de M. Pozzi est susceptible de révision.

Qui donc, en 1862, eut l'idée de pincer l'artère ovarique, au cours d'une opération abdominale, et de laisser la pince en place jusqu'à ce qu'elle se fût détachée spontanément ?

C'est Kœberlé et le fait est certifié par Péan lui-même dans son fameux mémoire (1). L'observation a été publiée dans la *Gazette médicale de Strasbourg* en 1863.

Qui donc, le 15 juillet 1865, en présence de MM. Battlemer, Leuret, G. Lauth, Rumbach, Steinbrenner, au cours d'une opération césarienne remarquable, saisit de gros vaisseaux utérins avec des pinces à cliquet, les laissa à demeure et ne les enleva qu'au bout de 2 jours ?

C'est Kœberlé (2).

Mais ne s'agit-il que de faits isolés, rarissimes, exécutés sous la pression des événements, et l'usage des pinces hémostatiques est-il exceptionnel entre les mains du célèbre gynécologiste de Strasbourg ?

En 1868, dans la *Gazette des hôpitaux* (3), on peut lire la description d'une opération qui eut lieu le 28 octobre 1867 « les adhérences à la paroi abdominale, à l'épiploon, au mésentère et à l'intestin grêle furent peu à peu séparées avec les doigts ou divisées par le bistouri. Les *vaisseaux qui donnaient du sang furent saisis, à mesure que le sang jaillissait*, par des pinces qu'on laissait à demeure ».

Et Kœberlé fait suivre ce cas des réflexions suivantes :

Les vaisseaux étaient déjà très développés sur un grand nombre de points, mais l'hémorragie a pu être heureusement arrêtée par l'application de *fortes pinces hémostatiques*, de la forme des pinces à pansement, susceptibles d'exercer une très forte pression, de manière à parcheminer les tissus comprimés. Sans l'emploi de ces instruments, il aurait fallu faire au moins une dizaine de ligatures perdues, ce qui aurait notablement prolongé l'opération. *Ces instruments dont je me sers avec grand avantage depuis quelque temps dans toutes les opérations chirurgicales* doivent rester en place pendant quelques minutes jusqu'à ce que les tissus se trouvent desséchés par compression, etc. »

Voici qui est encore aussi décisif, puisqu'il s'agit d'un article antérieur publié par Révillout (4) dans la *Gazette des hôpitaux*, le 27 juin 1868 et qui ne pouvait passer inaperçu :

« Le célèbre ovariotomiste (*il est question de Kœberlé*) emploie *le plus souvent* la pression continue pour arrêter l'écoulement sanguin. Il saisit la surface saignante à l'aide d'une pince à pansement semblable à celle de Charrière, et qu'un écrou maintient serrée au point voulu. Les tissus sont pour ainsi dire desséchés par cette pression très énergique et la pince est laissée en place pendant une vingtaine de minutes ou plus encore, sans que sa présence gêne le moins du monde pour la suite de l'opération, etc. »

Il est bon de faire remarquer que cet article a été écrit par Révillout après une visite qu'il avait faite à Kœberlé.

A la Société de médecine de Strasbourg, dans la séance du 2 juillet 1874, Kœberlé (5) prononce un discours sur la réunion des plaies. A un moment où aucune revendication de Péan n'avait vu le jour, Kœberlé s'exprime ainsi :

« Depuis 10 ans je me sers avec avantage *pour toutes les opérations* de pinces hémostatiques particulières en forme de pinces à pansement très légères, dont les mors sont plats, creusés et engrénés vers leurs bords par des rayures transversales. Etant fermées, elles ne doivent pincer qu'à leur ex-

(1) Du pincement des vaisseaux comme moyen d'hémostase. Paris, 1877, p. 26.

(2) *Gaz. des hôpitaux*, 1868, p. 419.

(3) KŒBERLÉ. Opération césarienne pratiquée avec succès dans un cas de grossesse dans un utérus bicorne vingt et un mois après la mort du fœtus au 7e mois. Strasbourg, typographie de Silbermann, 1865, p. 12. Brochure de 23 pages avec planches.

(4) *Gazette des hôpitaux*, 27 juin 1868, n° 75, p. 297.

(5) Trentième assemblée générale de l'Association de prévoyance des médecins du Bas-Rhin et de la Société de médecine de Strasbourg. Brochure de 48 pages (*très rare*). Strasbourg, imprimerie Schultz, avec une planche, 1874, p. 17.

trémité. Leurs branches sont munies près des anneaux d'un cliquet qui leur sert de point d'arrêt pour la fermeture et permet d'opérer une constriction très forte sur des tissus d'une épaisseur variable. Ces pinces, dont l'usage tient à se propager, sont de mon invention ; elles sont connues à Paris sous le nom d'un chirurgien auquel j'en ai envoyé un modèle il y a quelques années...

Ces instruments se placent facilement et rapidement avec un peu d'habitude, au fur et à mesure que se produit une hémorragie... On peut les laisser en place pendant un quart d'heure, une demi-heure, jusque vers la fin de l'opération. Lorsqu'on les enlève, l'hémorragie est complètement arrêtée. Quant aux vaisseaux de gros calibre qui ont été saisis par les mêmes pinces, le chirurgien lui-même peut les entourer alors très facilement d'une ligature, sans avoir presque recours à un aide, ainsi que cela est nécessaire lorsque l'on opère à la manière des anciens chirurgiens, en saisissant avec une pince simple ou à coulisse, etc., les vaisseaux, à mesure que le sang jaillit... Ces pinces sont un élément très important de succès dans quelques opérations accompagnées d'une forte hémorragie. Elles permettent de restreindre considérablement la perte de sang. Par leur intermédiaire, on abrège la durée d'une opération en restreignant, en supprimant même, très souvent, l'usage des ligatures... »

Kœberlé a donc réalisé l'hémostase définitive et l'hémostase temporaire et il a nettement appelé l'attention sur la valeur des pinces appelées par lui *hémostatiques*.

Ce n'est pas tout. Il faut faire appel au témoignage d'hommes honorables et considérables qui peuvent affirmer l'exactitude des faits avancés par Kœberlé et du reste démontrés par des publications authentiques.

Le professeur Esmarch, de Kiel se sert des pinces de Kœberlé depuis 1868.

M. Gross, à la Société de médecine de Nancy (1), en 1876, à la suite de la publication du travail de Péan, s'exprime dans les termes suivants :

« . . . .

« M. Kœberlé a été le premier à se servir de la pince hémostatique pour pratiquer l'hémostase.

« Si la pince hémostatique tend à se répandre à Paris, la pince Kœberlé n'en est pas moins aussi répandue parmi nous . . . . »

L'honorable M. Hergott, dans la discussion qui a suivi la lecture de ce travail, a déclaré qu'il possédait des pinces hémostatiques fabriquées par M. Elser, sur les indications de M. Kœberlé, depuis près de 10 ans, etc.

Si nous y étions autorisé, et le temps nous manque pour le faire, nous citerions volontiers le témoignage d'un gynécologiste étranger, dont l'honorabilité et l'impartialité sont universellement appréciées. Comme le disait avec autorité M. Gross, si la pince hémostatique décrite par Péan tendait à se répandre à Paris, la pince de Kœberlé était aussi répandue parmi tous les chirurgiens de l'Est de la France, élèves ou maîtres de l'Ecole de Strasbourg, à l'époque où la grande réputation de Kœberlé attirait dans la capitale de l'Alsace les opérateurs d'Outre-Rhin, et l'on peut même dire les chirurgiens du monde entier.

C'est ainsi que dans les cliniques d'Allemagne, les pinces hémostatiques sont désignées sous le nom de Kœberlé.

Tels sont les documents indéniables sur lesquels reposent les revendications de Kœberlé.

Quels sont ceux que peut opposer Péan?

On trouve dans la *Gazette des hôpitaux* du 3 août 1868, c'est-à-dire après la publication de l'article de Révillout sur la pratique de Kœberlé, la mention d'une opération de Péan au cours de laquelle des artères furent comprimées avec des pinces spéciales.

Dans les considérations qu'il présente à propos de cette observation, le chirurgien de Paris, en s'occupant de l'hémorragie, parle des ligatures métalliques et des cautérisations dont il s'est servi et ne fait plus mention des pinces en question.

C'est, dit M. Pozzi, le 17 janvier 1875 que Péan communiquait à l'Académie de médecine les conclusions de son travail sur la forcipressure. Le mémoire de MM. Deny et Exchaquet (1) porte aussi la date de 1875.

Nous opposons à la simple mention, peu explicite du reste, faite en août 1868, les dates suivantes : 1862, 1865, l'article de Revilloud (juin 1868) dans la *Gazette des hôpitaux*, l'observation de Kœberlé publiée peu après et, enfin, le travail du gynécologiste strasbourgeois en date du 2 juillet 1874 ; sans parler des attestations citées plus haut.

Dans ces conditions est-il possible de refuser à Kœberlé le mérite d'avoir introduit dans la pratique chirurgicale les pinces dites par lui hémostatiques en 1868 ? N'est-il pas évident que le progrès est venu de l'Est et que Strasbourg a précédé Paris aussi bien dans la réussite des grandes opérations abdominales que dans l'usage des pinces à forcipressure.

Comme Kœberlé lui-même l'a reconnu, Péan a contribué dans une large mesure à vulgariser l'usage de ces pinces, en même temps qu'il réussissait à Paris à imposer son nom à une méthode et à des instruments dont il n'était pas l'inventeur.

Oui, on a raison de rappeler que Péan s'éleva contre l'opinion qui tendait à faire admettre que l'ovariotomie était vouée à l'insuccès, à Paris, par suite de l'impureté de l'air de la capitale. Ce n'est que justice de rappeler que Péan, encore jeune, donnant un démenti à la parole du maître, enleva un kyste de l'ovaire à Paris et guérit son opérée.

Mais cette initiative n'avait rien de général ; elle était par contre une preuve indiscutable d'indépendance, de décision et de bon sens.

Non seulement l'exemple avait été donné, mais la démonstration avait été faite et bien faite à maintes reprises. Si la réussite de l'ovariotomie et des autres opérations abdominales était possible dans un centre aussi populeux et aussi peu hygiénique que l'était Strasbourg, ne devait-elle pas l'être aussi à Paris ?

Péan eut néanmoins le mérite de relever l'ovariotomie de l'ostracisme injustifié dont l'avait frappé Nélaton à Paris. Il ne crut pas à la parole du maître et obtint des succès retentissants qui ne contribuèrent pas peu à établir sa réputation naissante.

S'il est équitable de rendre au chirurgien de l'Hôpital international l'hommage qui est dû à son talent, il est non moins nécessaire de mettre en lumière les mérites de Kœberlé.

N'est-ce donc rien que d'avoir été le premier en France à mener à bien des opérations aussi compliquées que celles qui furent exécutées par Kœberlé avant 1870, d'avoir même eu la claire notion de l'importance de la propreté et de l'asepsie à une époque où, contrairement à l'opinion régnante, ce chirurgien ne craignait pas d'exposer le péritoine à l'action de l'air ?

Qu'importe que Kœberlé ait eu pour théâtre de ses exploits Strasbourg ou Paris ? La postérité constatera que les grands progrès de la chirurgie abdominale sont nés en France à l'ombre de la vieille cathédrale de Strasbourg et n'ont commencé à fleurir que plus tard sur les bords de la Seine.

Péan n'avait-il pas pour ainsi dire sous les yeux, en France même, dans une grande cité comme Strasbourg, l'exemple d'un chirurgien qui, depuis un certain nombre d'années déjà, donnait à l'Europe le spectacle des succès les plus brillants dans la chirurgie abdominale qu'il inaugurait sur le continent ?

Parcourez dans cette longue liste d'ovariotomies avant 1870 ces observations d'hystérectomies abdominales faites en 1863 et 1865; cette opération césarienne de 1866, etc., et vous serez étonné de la place véritablement trop modeste qu'occupe dans l'opinion des chirurgiens et gynécologistes français le grand gynécologiste debout encore dans ce Strasbourg qu'il illustra pendant de longues et glorieuses années.

Sans doute, la cause de son unique infériorité est que son étoile l'ait fait naître et se développer là-bas, sur les bords du Rhin, dans une ville maintenant si près de nos cœurs, d'avoir exercé son art en Province, d'avoir obtenu ses succès et d'avoir émerveillé le monde autre part que dans ce prestigieux Paris qui sait embellir le front de ses enfants glorieux d'une auréole éclatante. Il manqua tout simplement à Kœberlé la consécration de Paris.

Ce n'est pas porter atteinte à la grande renommée de Péan,

(1) *Revue médicale de l'Est*, 1876. Société de médecine de Nancy, 7 février 1876.

(1) Deny et Exchaquet. — De la forcipressure et de l'application des pinces à l'hémostase chirurgicale. Paris, Baillière, 1875.

au lendemain de sa mort que de distraire au nom de l'impartiale histoire, quelques rayons de sa gloire pour les projeter sur la belle figure de l'Alsacien fidèle, du chirurgien habile qui a fait briller la science française, avant les heures sombres, d'un éclat incomparable et qui a été dans notre patrie l'initiateur hardi et heureux des grandes conquêtes de la gynécologie moderne.

DE LA VALEUR THÉRAPEUTIQUE DE L'ÉLECTRICITÉ

de la castration et de la ménopause dans les tumeurs fibreuses de l'utérus,

Par Francisco Laraya

ex-interne des hôpitaux de Rio-de-Janeiro.

—

A l'époque où s'élevait la plus vive discussion sur la valeur thérapeutique de l'électricité dans le traitement des tumeurs fibreuses de l'utérus, nous étions interne de l'Hôpital-Général de la Miséricorde, à Rio-de-Janeiro.

L'importance du sujet et la divergence des opinions des maîtres les plus expérimentés suscitant l'attention du monde médical, ont agi énergiquement sur notre esprit, nous poussant à essayer à notre tour l'électrothérapie, afin que nous pussions juger *de visu*, du rôle que jouait l'électricité sur l'évolution des corps fibreux de l'utérus. Nous voulions ainsi comparer les avantages de l'électricité aux autres moyens que le gynécologiste a à sa disposition.

En notre qualité d'interne, et profitant du service qui avait été spécialement installé à l'hôpital de la Miséricorde par l'éminent professeur le Dr Feijo, dans la clinique dont il était chargé, nous avons eu l'occasion d'expérimenter et de faire une réponse à la question que nous nous étions posée relativement à l'action attribuée à l'électricité dans le traitement des anciens hysteromes.

L'observation minutieuse et journalière de plus de 300 malades nous donne quelque droit d'exprimer notre opinion sur une question qui intéresse si vivement les gynécologistes. A notre avis, on ne doit pas donner au traitement électrique une extension aussi grande que celle qui lui a été attribuée systématiquement par quelques spécialistes trop exclusifs.

Il faut limiter l'action de l'électrothérapie à certains cas, et la conclusion matérielle, résultant de l'enregistrement des cas dans lesquels le plus complet résultat a été signalé à la suite de l'emploi de la méthode Apostoli, s'oppose à l'application de l'électricité dans toutes les espèces de fibromes.

Quant à nous, fidèle observateur des faits et ne tenant compte que des résultats qui impressionnent nos sens et non notre imagination, nous déclarons ne nous servir de l'électrothérapie que pour l'espèce interstitielle des tumeurs fibreuses. Les succès les plus avérés peuvent être signalés dans ces circonstances, tandis que l'on n'obtient que peu de succès ou même des résultats nuls quand il s'agit de fibrômes qui s'énucléent pour ainsi dire en se développant du côté de la cavité péritonéale. L'interprétation de ces faits est à peu près la même qu'on donne pour l'explication de la manière suivant laquelle se comporte la ménopause dans la sphère de son action curative sur les fibromes de l'utérus. La série des modifications qui marquent la cessation de la période active de la vie génitale de la femme est, comme l'on sait, caractérisée par un processus d'atrophie générale des organes génitaux. L'utérus, pourtant, fatalement soumis à la même loi, commence à réduire la quantité sanguine, nutritive, nécessaire à la néoplasie fibreuse qui, à son tour, forcée de mettre un terme à son évolution progressive, recule lentement en vertu du manque de nutrition, déjà signalé C'est donc un travail d'atrophie qui commence, progresse et finit avec la disparition de la tumeur. D'où la guérison spontanée.

Cependant, pour cela, il faut qu'il y ait une subordination complète de la tumeur à l'utérus ; il doit y avoir entre le néoplasme et l'utérus la plus entière relation de vie intime, telle qu'il y ait entre elles une identification absolue. Celle-ci existe quand il y a même circulation, et quand la nutrition est la même. Or, dès que les tumeurs ont acquis des pédicules, elles vont naturellement s'enrichissant d'une circulation propre, et se préparant ainsi lentement, et graduellement à une indépendance prochaine. Or, comme la variabilité des relations anatomiques acquises dans l'évolution de la néoplasie est réelle, le régime physiologique acquiert à son tour d'autres caractères essentiellement nouveaux. La tumeur change ainsi de siège, subit d'autres conditions de vie, et se fortifie ou s'affaiblit suivant l'état physiologique ou pathologique de l'appareil génital. Avec une vie à part, il est facile de comprendre que la tumeur résistera à tout ce qui est mis en contact avec l'utérus dans le but de la débarrasser de son parasite, la tumeur fibreuse.

L'électricité, dont l'effet principal réside, comme on sait, dans l'action décongestionnante, ne réussira pas toutes les fois que la tumeur aura acquis un pédicule. Dans ce cas, par l'action électrique, on arrivera à décongestionner l'utérus et bien légèrement, tout au plus, le pédicule, — décongestion qui n'est pas d'ordre à influer sur la vie intime, indépendante du néoplasme. L'effet du pouvoir interpolaire et réflexe, uni à une action décongestionnante directe des courants, pourrait, jusqu'à un certain point, expliquer une régression dans les fibromes en voie de pédicularisation ; mais il arrive que, le plus souvent, une tumeur interstitielle, devenant pédiculée, se trouve dans une période d'évolution dans laquelle sa constitution anatomique, sa résistance, sa richesse vasculaire, sont telles, que toute l'action électrique s'annule complètement sans profit visible.

L'ablation des ovaires dans la thérapeutique des fibromes, en modifiant de la même façon le régime physiologique de l'appareil utérin, ne donne de résultats que quand la tumeur est interstitielle, pour les mêmes raisons que nous avons déjà exposées.

Étant donné que la castration, en dehors de la stérilité qu'elle peut produire, est une opération dont les résultats sont tardifs, souvent graves, il est toujours préférable pour le médecin consciencieux de conseiller de préférence l'électricité avant d'adopter une intervention chirurgicale quelconque.

Quelques collègues disent : « L'électricité est un palliatif ; l'ablation des ovaires guérit. » Nous nous permettons de trouver l'assertion fausse.

L'électricité échoue de la même façon que la castration ou une autre méthode quelconque peut échouer ; l'électricité guérit de même qu'un autre moyen rationnel. L'action varie avec les cas ; c'est une question d'opportunité de son emploi. Ainsi, une tumeur de nature interstitielle se trouvant en voie de pédiculisation, évidemment imparfaitement pédiculée, et non complètement interstitielle, occupe une position intermédiaire entre un fibrome relativement indépendant et un autre relativement subordonné.

Ce fibro-myome vit autant de sa vie propre que de celle de l'utérus. Dans ces conditions, l'électricité réussira-t-elle ? La réponse nous semble difficile, quand la demande à la question est faite dans le but de vérifier si réellement la réussite est complète et est capable d'exonérer l'individu de son hôte importun : la tumeur fibreuse.

La réponse est difficile, ou pour mieux dire, elle n'est pas affirmative, vu que l'action électrique peut aussi bien être palliative qu'elle peut être curative. Si à force de trop agir sur l'utérus avec un pôle décongestionnant, on aboutit à une régression de la partie de la tumeur en relation immédiate avec l'utérus, il peut bien se faire que la partie restante soit influencée du même fait par une sorte de solidarité anatomique. L'hypothèse contraire peut parfaitement se faire à son tour, et alors nous aurons deux résultats susceptibles de vérification pour un même cas.

La raison pour laquelle, dans la dernière éventualité, on dit que l'action de l'électricité est palliative est identique. En effet, dans ces cas-là, elle combat avec succès, du moins relativement, quelques symptômes ; elle améliore, mais ne guérit pas, par cela que la tumeur évolue, se dirige alors plus rapidement vers l'intérieur de la cavité abdominale.

Dans les tumeurs interstitielles pourtant, l'électricité n'a pas seulement une valeur palliative ; la cure radicale complète, dans les fibromes de cette espèce, a déjà été signalée grâce à l'effet exclusif de son action. A ce propos, nous pourrions

même citer l'observation que nous avons enregistrée dans notre thèse de doctorat (1).

Il s'agit d'une jeune femme de 23 ans, qui est atteinte d'un fibrome interstitiel, et qui guérit exclusivement par l'emploi de l'électrothérapie dans l'espace de 2 années.

La guérison absolue ne peut pas être mise en doute dans ce cas, par ce fait qu'une laparotomie, à laquelle elle fut soumise peu après, à cause d'une grossesse extra-utérine, a révélé l'organe utérin dans la plus parfaite condition d'intégrité.

Nous rapportant donc à nos observations, nous pouvons poser les conclusions suivantes :

a) La ménopause est parfaitement capable d'amener la guérison spontanée, de tumeurs fibreuses interstitielles.

b) La castration parvient à produire le même effet, de même que l'électricité dans les tumeurs de la même espèce.

c) La castration comparée à l'électricité occupe un rang bien inférieur dans la thérapeutique des fibro-myomes utérins. En conséquence, l'ablation des annexes ne doit être utilisée que dans des conditions toutes spéciales.

d) L'électricité peut être employée comme un moyen palliatif ou curatif, plutôt dans les tumeurs interstitielles que dans des tumeurs pédiculées, et seulement comme moyen palliatif dans celles qui sont complètement pédiculées.

ÉTUDE SUR LA GROSSESSE & L'ACCOUCHEMENT

APRÈS L'AMPUTATION DU COL

Par le Dr J.-L. AUDEBERT,

Chef de clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Bordeaux.

(*Suite.*)

—

OBS. XV. — 2 *accouchements normaux. Curettage et amputation du col. Atrésie consécutive.* — 3e *grossesse : Dystocie du segment inférieur ; travail durant cinq jours. Mort du fœtus ; basiotripsie* (Maternité de l'Hôtel-Dieu annexe, 1896, n° 838) (2). — Marie B..., 30 ans, couturière, a marché à 19 mois.

P. R. à 12 ans. Rougeole, méningite (?).

1re grossesse, qui se termine le 24 juillet 1884, par la naissance d'un garçon à terme, bien portant.

2e grossesse, accouchement à terme le 27 février 1892 ; garçon bien portant.

Grossesse actuelle. — D. R. du 8 au 16 novembre 1896.

Les mouvements actifs sont perçus vers la fin de février 1897.

Elle se présente dans le service, le 29 août à 6 heures du matin, après avoir souffert toute la nuit. La hauteur de l'utérus est de 35 centim. Pas d'engagement : sommet en G. T. On entend les bruits du cœur fœtal à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic. On trouve, par le toucher, une volumineuse poche des eaux bombant dans le vagin. A 7 heures la poche se rompt et laisse écouler un liquide verdâtre. Après la rupture spontanée des membranes, les douleurs cessent complètement. A 9 heures, le toucher donne des sensations anormales. M. Lepage constate que le col est très court, mais résistant. Son orifice, situé très haut au niveau du détroit supérieur, près de la symphyse, laisse à peine passer la phalange de l'index. Le col ne fait aucune saillie ; pas de cul-de-sac. Sur le côté droit du segment inférieur on constate une surdistension de l'utérus. En se retirant, le doigt entraîne une assez grande quantité de liquide chargé de méconium.

La tête est au-dessus du détroit supérieur, très mobile.

La femme raconte alors qu'en 1894 on lui a fait un curettage à l'Hôtel-Dieu, où elle était entrée pour une violente hémorragie.

Les battements du cœur sont précipités : 140 puis 160 ; ils deviennent incomptables à 9 heures et demie.

Dans la journée les battements varient entre 120 et 140 ; pas de contractions.

Le 30, même état ; les contractions reparaissent faiblement dans la nuit, 140 pulsations fœtales.

Le 31, contractions toujours très faibles, pas de progrès de la dilatation. Les bruits du cœur se maintiennent à 140-144 ; à midi les contractions cessent complètement.

Ce jour-là, un nouvel interrogatoire apprend que la femme a subi une *amputation du col* (Schrœder) en même temps que le curettage signalé plus haut. Cette amputation explique les anomalies constatées par le toucher, brièveté du col, absence des culs-de-sac, etc. A la suite de cette amputation du col, atrésie considérable de l'orifice utérin, qui a nécessité des séances répétées de dilatation d'abord avec les bougies, puis avec les laminaires.

Le 1er septembre, M. Lepage examine la parturiente et constate que l'on peut introduire dans le col deux doigts ; le canal cervical est libre, perméable ; on sent une bride cicatricielle à la partie postérieure. L'utérus est tétanisé d'une façon permanente. A partir de 9 heures du matin, on n'entend plus les bruits du cœur fœtal.

A 10 h. 25 on introduit un ballon de Champetier de Ribes, qui est gonflé modérément (140 c. c.) de peur d'amener une rupture utérine que la tétanisation de l'organe doit faire craindre.

A midi la malade accuse quelques douleurs, l'utérus reste tétanisé.

A 4 heures du soir, le ballon est dans le vagin ; la dilatation est alors de 5 francs.

A 4 h. 35, nouveau ballon. T. = 38°,2. A 5 heures, T. = 39°2.

A 5 heures et demie, M. Lepage se décide à pratiquer la basiotripsie, tout en prévoyant les difficultés qu'il va rencontrer à cause de la dilatation insuffisante et des lésions du canal cervical.

Chloroforme à 6 heures. *Basiotripsie* très laborieuse. La tête est en entier dans la cavité utérine ; il faut introduire la main très haut dans le vagin et se frayer un chemin avec deux doigts à travers le canal cervical. On arrive ainsi à bout de doigt sur l'extrémité céphalique ; l'introduction du perforateur est donc très difficile ; le canal cervical laisse à peine passer la cuiller qui est glissée en arrière et à gauche à l'endroit où l'on croit trouver plus de place. Le premier broiement est mauvais. Il est absolument impossible de faire pénétrer la seconde branche. On essaie alors de tirer avec le perforateur et la première branche, mais l'instrument dérape.

Deuxième basiotripsie. — Réintroduction du perforateur et de la première branche ; les mêmes difficultés se reproduisent pour l'introduction de la seconde branche. Articulation, broiement. A l'aide de tractions faites avec lenteur et force, on sent que peu à peu la tête se moule ; bientôt elle apparaît à la vulve. Le cordon a été pincé dans le premier broiement, on le sectionne ; la tête sortie, les épaules se dégagent assez facilement. L'opération terminée, on introduit la main dans l'utérus pour décoller le placenta qui l'était déjà en partie. En même temps on se rend compte de l'intégrité de la musculature utérine. Pas de déchirures du périnée.

Extraction du fœtus à 6 heures et demie.

Injection intra-utérine de 16 litres de bi-iodure à 0 gr. 25 pour 1000. On place ensuite une longue mèche de gaze iodoformée dans l'utérus. Pansement vulvaire, bandage en T.

A minuit, T. = 37°,2.

Le poids de l'enfant, sans le basiotribe, est de 3,340 grammes, sans compter la matière cérébrale.

Le 2 septembre, T. matin = 37°, T. soir = 36°,8.

On retire le tampon de gaze iodoformée.

Lavage vaginal très abondant : 8 litres.

Les jours suivants la température ne dépasse pas 37°4.

Le 7 septembre, injection intra-utérine, et sulfate de quinine, 50 centigr. A partir de ce moment l'involution utérine s'effectue normalement. Mais le 16 septembre quand la malade veut se lever, elle ressent de vives douleurs au niveau de la fesse droite et de la face postérieure du sacrum à droite. Grand bain, massage.

Le 24, massage et frictions d'alcool camphré sur la région douloureuse : la malade peut faire quelques pas, avec difficultés cependant.

Le massage est exécuté régulièrement tous les jours. A partir du 27 septembre, la marche est plus aisée, la station debout possible. Le 3 octobre, la malade marche seule, sans appui : elle sort complètement guérie le 22 octobre.

OBS. XVI. — *Curettage et amputation de Schrœder. Accouchement à huit mois. Rupture prématurée des membranes ; enfant vivant. Avortement de deux mois et demi.* (PAQUY). — Mme G... a subi en 1889 un curettage et une amputation du col (procédé de Schrœder) pour une endométrite datant de trois ans environ. Elle était alors âgée de 27 ans.

D. R. du 10 au 12 novembre 1893. Grossesse normale.

Le 24 juillet à minuit, rupture des membranes sans qu'il y ait eu début du travail.

Lorsque je la vis le 26 juillet 1894 à 4 heures du soir, je constatai une présentation du sommet en G. A. Il s'écoulait par les voies génitales du liquide amniotique.

Par le toucher on percevait un petit moignon de col, souple, mais nullement dilaté. Du reste, la parturiente n'avait eu aucune douleur depuis la rupture des membranes.

Les contractions utérines commencèrent vers 6 heures du soir, la dilatation fut normale et le 27 juillet à 6 heures du matin, Mme

(1) LARAYA. *Da hystérectomia abdominal nos tumores fibrosos do utero. Thèse de Rio-de-Janeiro*, 1897.

(2) Observation due à l'obligeance du Dr LEPAGE. Rédigée d'après les observations de la Maternité de l'Hôtel-Dieu et d'après les notes prises par M. RUDAUX, interne du service, à une conférence faite par M. Lepage sur cette malade, le 2 septembre 1896.



G... mit au monde un enfant du sexe masculin du poids de 2,850 grammes.

Après la délivrance, je constatai que l'orifice des membranes était à 14 centim. du bord du placenta.

En décembre 1895, Mme G... a fait une fausse couche de deux mois et demi environ.

I. — Influence sur l'évolution et la durée de la grossesse. — A la lecture de ces observations et surtout à l'inspection du tableau ci-joint, on est frappé de la proportion énorme des avortements ou des accouchements avant terme. En effet, sur 16 femmes qui, après l'amputation du col, ont eu en tout 22 grossesses, on trouve seulement :

5 accouchements: Obs. III, XI, XIII, XIV, XV.

Les autres accouchements se répartissent ainsi :

2	accouchements...	à 8 mois	1/2	Obs.	I, VII.
2	— ..	8 —		—	V, XVI.
2	— ..	7 —	1/2	—	X, XII.
3	— ..	7 —		—	IV, IX, XVI.
2	— ..	6 —		—	II, V.
1	avortement....	5 —		—	II.
1	— ..	4 —	1/2	—	II.
2	— ..	4 —		—	IV.
1	— ..	3 —		—	VIII.
1	— ..	2 —	1/2	—	XVI.
1	— ..	1 —	1/2	—	VI.
1	— ..	(date inconnue)		—	VI.

En résumé nous constatons :

10 avortements.

9 accouchements avant terme.

5 accouchements à terme.

N° des Observations.	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII	XIV	XV	XVI	Total
I. — Avant l'opération.																	
A terme.......	..	3	4	1	..	1	1	2	1	2	3	1	1	..	2	..	22
Avant terme...	..	..	..	1	1	1	..	..	..	1	..	..	..	1	..	..	5
II.— Après l'opération.																	
A terme.......	..	..	1	..	..	..	..	..	..	..	1	..	1	1	1	..	5
Avant terme...	1	3	..	3	2	2	1	1	1	1	1	1	..	..	..	2	19

Peut-être que sur ce nombre considérable d'accouchements prématurés (19), il s'en est rencontré quelques-uns qui ne reconnaissaient nullement comme cause déterminante l'opération antérieure ; cependant on est forcé de voir dans ce nombre considérable de naissances avant terme, autre chose que la résultante de causes banales restées inconnues, ou que l'effet d'une coïncidence fortuite.

D'ailleurs ces faits bien éloquents par eux-mêmes, deviennent encore plus saisissants quand on compare la marche des grossesses qui ont précédé l'amputation du col, avec l'évolution de celles qui l'ont suivie.

Ces mêmes femmes avant d'être amputées avaient fourni un total de 27 grossesses ; sur ces 27 grossesses :

22 grossesses sont arrivées.....		à terme	
2 —	se sont terminées..	à 8 mois	1 enfant mort. 1 — vivant. (obs. V et VI).
1 —	s'est terminée.....	à 7 mois 1/2	(obs. XIV).
2 avortements ont eu lieu......		à 3 mois	(obs. IV, X).

Donc avant l'amputation du col, sur 27 grossesses, 22 se sont terminées à terme, soit 81 pour 100. Les mêmes femmes devenues enceintes après l'amputation, ne portent à terme que 5 grossesses sur 24, soit 21 p. 100.

La comparaison du nombre des avortements n'est pas moins probante. En effet, nous relevons 2 avortements antérieurs seulement, et 10 avortements postérieurs à l'amputation !

Ces chiffres parlent mieux et plus haut que tous les raisonnements ; l'observation II est du reste assez démonstrative à elle seule : Une femme ayant eu déjà 3 grossesses, qui ont donné naissance à des enfants vivants à terme, subit l'opération de Schrœder. Dans la suite elle devient enceinte 3 fois, mais elle ne porte aucun de ses enfants à terme, et les trois fois elle avorte entre 5 et 6 mois. L'histoire de Julienne R... (obs. VI) est calquée sur la précédente : Avant l'amputation 2 grossesses à terme, après l'amputation 2 avortements !

Sans doute ce sont là des faits peu communs ; mais ils montrent bien qu'il ne faut pas toujours compter sur la prétendue innocuité de l'amputation du col.

Nous ne nous étendrons pas sur la cause de ces avortements si fréquents ; les explications qu'on en a données jusqu'ici ne sont pas suffisamment démontrées ; elles nous paraissent encore trop hasardées pour que nous les développions ici. Disons seulement que la durée de la gestation nous a semblé souvent en rapport inverse de la hauteur à laquelle le col a été sectionné et de l'étendue de la perte de substance qui a été le résultat de cette section. C'est ainsi que l'évidement du col d'après la méthode de M. Bouilly a occasionné moins d'accidents que les autres amputations plus radicales. Malgré l'absence de renseignements précis, il nous paraît très admissible que c'est à une plus ou moins grande épaisseur de la rondelle sectionnée qu'il faut attribuer dans la pluralité des cas l'interruption ou la continuation de la grossesse.

Nous rapportons une observation (n° XIV) dans laquelle les derniers mois de la grossesse ont été marqués par des accidents assez sérieux dont la première gestation avait été exempte. La femme N... perdit du sang pendant 2 mois et ressentit de très vives douleurs dans les reins et le bas-ventre pendant tout le dernier trimestre. Malgré un repos complet au lit, malgré un traitement énergique à la Maternité de Beaujon, où l'on épuisa toute la série des narcotiques, on n'arriva pas à faire cesser complètement ces douleurs. On peut supposer (et l'hypothèse paraît des plus vraisemblables) que sans le repos l'accouchement prématuré fût survenu ici, comme dans tant d'autres cas. Ces douleurs reconnaissaient probablement pour cause les tiraillements que l'expansion du segment inférieur exerça sur la cicatrice cervicale.

II. — Influence sur la marche de l'accouchement. — Dans la plupart de nos observations, la marche du travail a été régulière, on ne constata rien d'anormal dans les contractions utérines ; la dilatation s'est effectuée sans retard marqué et sans douleurs trop vives ; cependant quelquefois des anomalies ont été notées : Sans parler des cas nettement dystociques (obs. IX, XI, XII et XV) dans lesquels l'accouchement ne s'est effectué qu'après 1, 2 et 4 jours (nous y reviendrons plus loin), nous avons trouvé comme *durée* du travail, dans les cas d'expulsion spontanée:

12 heures chez une primipare (obs. I) ;

15 heures 45 chez une secondipare (obs. XIV) ;

16 et 18 à 20 heures chez des multipares (obs. III et V), durée par conséquent un peu supérieure à la moyenne.

Un accident très fréquent est la *rupture prématurée des membranes*; nous l'avons rencontré dans 10 observations. Dans l'observation VII, la rupture semble due à une insertion basse du placenta. La même raison peut être invoquée dans l'observation X, car l'ouverture des membranes était distante du bord placentaire de 5 centimètres seulement. Mais dans les autres cas, elle est vraisemblablement liée à l'état particulier du col amputé. Elle s'est produite :

Au début du travail..................	(obs. IX et XI).
32 heures avant le début du travail....	(obs. VII).
2 jours — —	(obs. XVI et X).
3 — — —	(obs. II et XV).
4 — — —	(obs. IV et XII).
8 — — —	(obs. XI).

En laissant de côté les cas d'avortement où cette rupture n'a pu être observée, on voit que la fréquence en est encore fort grande : 10 fois sur 15 accouchements.

Nous croyons devoir signaler cette particularité, car on n'ignore pas aujourd'hui quelle est l'importance de cette ouverture précoce de l'œuf dans la production des accidents infectieux. (Voir *Traitement de l'infection puerpérale*, par Pinard et Wallich.)

Mais la rupture prématurée des membranes entraîne une

autre conséquence. Quelle que soit l'époque où elle survienne, elle est suivie, presque fatalement et à bref délai, de l'expulsion prématurée du produit de la conception. L'accouchement n'est pour ainsi dire qu'un phénomène secondaire sous la dépendance directe de l'ouverture de l'œuf. Cette influence est surtout manifeste dans les cas où le travail a débuté avant terme, dans les trois derniers mois de la grossesse. Elle a été alors signalée dans presque toutes mes observations; on nous permettra donc de souligner tout particulièrement la physionomie spéciale de l'accouchement chez les femmes ayant subi l'amputation du col, et dont le premier temps est presque toujours constitué par l'écoulement prématuré du liquide amniotique.

Si nous cherchons la fréquence des diverses présentations dans les accouchements des trois derniers mois, nous trouvons:

Sommet.... 10 fois (obs. I, III, VII, IX, X, XI, XIII, XIV, XV et XVI).
Siège complet 2 — (obs. IV et V).
Épaules...... 3 — (obs. V. Proc. du cordon, enfant mort).
(obs. XI. Version, enfant vivant).
(obs. XII. Embryotomie).

Sur ces 15 enfants, 12 sont nés vivants. Mais il faut faire des réserves au sujet de celui de l'observation IV qui ne pesait que 1,560 grammes et n'avait pas encore récupéré son poids initial quand il quitta l'hopital.

La mortalité fœtale est donc de 3/15, soit 20 p. 100.

Si, dans les cas d'accouchement à terme, nous ne relevons aucune particularité de la délivrance, après l'avortement au contraire nous signalons *quatre* fois des rétentions placentaires s'accompagnant d'accidents graves, hémorragiques ou infectieux et nécessitant 2 fois le curage digital et 2 fois le curettage. Le nombre total des avortements constatés était seulement de dix; on remarquera avec nous combien *l'avortement incomplet* se rencontre souvent après l'amputation du col. Le défaut de dilatabilité de l'orifice utérin cicatrisé, ne pourrait-il expliquer la fréquence de cette complication?

Arrivons enfin aux cas où la dilatation a affecté un caractère anormal. Et d'abord nous avons constaté (obs. V) une lenteur extrême au travail, et une dilatation restant incomplète malgré une journée de violentes douleurs et amenant de grandes difficultés pour l'extraction de la tête dernière. Dans l'observation II, l'introduction du doigt dans l'utérus, pour exécuter le curage de la cavité, a été gênée par la résistance de l'orifice utérin. Chez une autre femme (obs. VI) on dut pratiquer la dilatation avec les bougies de Hegar, mais à cause du manque de souplesse du col, cette manœuvre fut longue, pénible, et amena l'éclatement des deux commissures (1); on peut se demander si cette rigidité n'eût pas causé des accidents plus sérieux au moment d'un accouchement à terme.

Ces accidents se sont produits dans l'observation IX au cours du travail, survenu à 6 mois. La présence d'un anneau fibro-cicatriciel absolument inextensible cerclant tout l'orifice utérin sur une largeur de 1 centim. et demi à 3 cent, rendait la dilatation impossible; aussi après une attente de plus de 24 heures il fallut venir à la section bilatérale de la lésion inodulaire et terminer par une application de forceps.

On peut rapprocher de ce cas l'observation XV, dans laquelle le travail dura quatre jours; il fallut terminer l'accouchement par une basiotripsie laborieuse à travers un orifice inextensible, incomplètement dilaté, malgré l'emploi de ballons Champetier de Ribes. Il nous semble que cette dystocie doit être attribuée non seulement à une véritable sténose cicatricielle du col, mais peut-être encore à une altération particulière du muscle utérin, résultant de l'amputation cervicale et qui présenterait quelque analogie avec les lésions produites par les cautérisations au chlorure de zinc. Cette femme a dû en effet, après l'opération de Schrœder, subir plusieurs séances de dilatation avec les tiges de Hegar et les laminaires, pour une atrésie complète du col. Cette altération, d'après M. Lepage, entraverait l'expansion du segment inférieur pendant la travail et par conséquent apporterait un obstacle sérieux à la dilatation et à la descente de la tête. Ici, ce défaut de développement du segment inférieur nous paraît démontré et par l'élévation de la partie fœtale en présentation et par la surdistension partielle constatée au cours du travail sur la partie droite du segment inférieur.

Nous n'insisterons pas sur l'observation XI où la présentation de l'épaule paraît être plutôt sous la dépendance de l'hystéropexie que de l'amputation du col.

Dans l'observation XII, où l'on constate aussi une présentation du tronc, l'amputation du col peut être seule incriminée. Quand la paturiente arriva à Baudelocque, les membranes déjà rompues et sans début de travail, la tétanisation de l'utérus était telle, que le diagnostic devint malaisé et la version impossible. Quatre jours après, quand la dilatation eut été péniblement obtenue à l'aide des ballons Champetier de Ribes, on fut obligé de pratiquer l'embryotomie, l'œuf étant déjà infecté, le fœtus et le placenta putréfiés.

Nous avons déjà signalé la fréquence des rétentions placentaires après l'avortement. Rappelons qu'on dut pratiquer 4 fois l'extraction artificielle du délivre, deux fois avec le doigt, deux fois avec la curette. Mais ce ne sont pas les seules *interventions* rapportées dans ces observations. Nous avons vu que deux fois on eut recours à la version par manœuvres internes pour extraire un enfant se présentant par l'épaule (obs. V. et XI).

Dans un autre cas de présentation de l'épaule où le travail traina en longueur et se compliqua de putréfaction utérine, on dut mutiler le fœtus au moyen de l'embryotomie cervicale.

Une autre fois la basiotropisie seule permit d'extraire l'enfant après quatre jours de travail (obs. XV).

Enfin nous avons obtenu de bons résultats en imitant la pratique de Dührssen, c'est-à-dire en incisant l'orifice externe sténosé.

Par conséquent : 9 opérations, dont quelques-unes très graves, ont été pratiquées pour 24 accouchements ou avortements, soit 37,5 p. 100, proportion qui dépasse de beaucoup la moyenne des interventions dans les cas où on n'a pas relevé une cause sérieuse de dystocie : rétrécissement de bassin, malformation utérine, etc.

Il nous paraît assez facile d'expliquer la pathogénie des rétrécissements cicatriciels. Si à la suite de l'amputation du col, l'adaptation des parties cruentées est parfaite, si la réunion se fait par première intention, le tissu cicatriciel est réduit à son minimum; il n'existe pour ainsi dire pas. La dilatation se fera donc sans gêne et sans tiraillements. Mais quand la réunion *per primam* vient à faire défaut, quand une cicatrisation par bourgeonnement se produit, le tissu souple et élastique du col se transforme en tissu scléreux et inextensible qui met obstacle à la dilatation et qui, sous l'effort de plus en plus énergique des contractions utérines, résiste indéfiniment ou bien se rompt sur une étendue variable. Bénignes si elles n'intéressent que le bord orificiel, ces ruptures acquièrent une gravité redoutable si elles dépassent la portion vaginale du col. Les cas de mort par rupture utérine consécutive à l'éclatement des tissus scléreux du col sont trop connus pour que nous insistions davantage. (Voir Thèse de TAURIN. Paris, 1895.)

Les rétractions cicatrielles du col se rencontrent plus rarement aujourd'hui, depuis que les anciennes méthodes d'amputation par cautérisation sont abandonnées. Tous les gynécologues modernes assurent l'affrontement des parties avivées par des sutures suffisamment rapprochées qui doivent s'opposer à la formation du tissu inodulaire. Dans l'immense majorité des opérations ce résultat est obtenu. Mais quelle que soit l'habileté du chirurgien, peut-il toujours être certain d'une réunion par première intention? Ne faut-il pas redouter, malgré toutes les précautions, la rupture de quelques points de sutures, qui sera suivie de l'écartement des lèvres de l'incision et de la formation d'une cavité au niveau de laquelle la cicatrisation se fera par bourgeonnement ? Or cette plaie qui bourgeonne doit amener fatalement la constitution d'une plaque plus ou moins étendue de tissu fibreux, impropre à toute dilatation.

Telles sont les considérations qui nous semblent découler de l'examen impartial des faits que nous avons rapportés. Notre intention n'est nullement de proscrire toujours et sans appel l'amputation du museau de tanche, parce qu'elle expose quelquefois à des sténoses cicatricielles. Nous sommes per-

(1) L'éclatement des commissures pendant la dilatation avait été signalé par MURPHY. *Americ. Journal of Obstet.*, 1883-1884.



suadé au contraire que l'amputation de Schrœder est une des plus utiles opérations de la gynécologie conservatrice et qu'elle donne de bons résultats dans les métrites chroniques avec augmentation du volume du col et du corps. Nous voudrions seulement qu'on la réservât dans les cas où l'échec des traitements ordinaires fournit une indication formelle à une intervention chirurgicale. Il serait à désirer de plus que dans l'opération on fût aussi ménager que possible de l'étoffe du col (nous avons déjà dit pourquoi), et qu'on fit tous ses efforts pour obtenir une cicatrisation par première intention.

Il est intéressant de remarquer que presque toujours l'amputation du col a été accompagnée d'une opération complémentaire. Dans un cas (obs. II) l'hystéropexie a été pratiquée après l'opération de Schrœder, et c'est à elle que nous attribuons la présentation défavorable observée chez la malade. Mais dans tous les cas, c'est le curettage qui a constitué pour ainsi dire le premier temps de l'intervention. On pourrait donc se demander si le curettage ne joue pas un certain rôle dans la production des avortements si fréquents ou des accidents dystociques. Nous croyons que ce rôle doit forcément être très limité ; l'action de la curette ne dépasse pas la muqueuse utérine ; la musculature utérine est toujours respectée, à moins de perforation, et on comprendrait difficilement l'influence qu'un simple raclage de la cavité utérine pourrait exercer sur la durée de la grossesse et sur la marche du travail pendant l'accouchement.

Traitement prophylactique. — Il ne faudra pas oublier qu'une femme privée d'une partie du col de l'utérus est exposée plus que toute autre aux accouchements avant terme. Par conséquent, dès le début de la grossesse elle sera soumise à une surveillance attentive, elle évitera toute cause de fatigue pouvant éveiller des contractions utérines et amener ainsi l'expulsion d'un œuf abortif. Dans les derniers mois de la gestation les précautions doivent être plus rigoureuses. Nous avons appris de M. Pinard combien la marche et la station debout agissent sur l'engagement précoce de la tête et par suite sur la rupture des membranes et sur la provocation prématurée de l'accouchement. Aussi pour prévenir l'interruption de la grossesse, il sera prudent d'exiger le repos presque complet. Nous avons déjà signalé dans deux cas (obs. IV et XIV) les bons effets du repos persistant pendant les derniers mois de la grossesse.

Traitement curatif. — Si l'on se trouve en présence de ces faits exceptionnels où la marche de la dilatation est absolument entravée par le processus scléro-fibreux qui a envahi le col, que doit-on faire ? Il ne rentre pas dans le cadre de notre travail, d'étudier en détail les ressources de la thérapeutique obstétricale vis-à-vis des rétrécissements cicatriciels, disons seulement qu'on a préconisé la dilatation forcée, tantôt à l'aide des écarteurs métalliques, tantôt avec les ballons dilatateurs, tantôt avec la main. Ici tous ces moyens nous paraissent inutiles, pour ne pas dire dangereux.

Un procédé plus efficace est celui des débridements. Guéniot recommande de les pratiquer à petits coups, de proche en proche, par entailles peu profondes ; leur multiplicité mettrait à l'abri des larges déchirures du col.

Dührssen au contraire est partisan de profondes incisions au nombre de trois ou quatre, deux latérales et une postérieure sur une étendue de 4 centimètres environ ; elles sont complètement inoffensives, d'après Dührssen, et ne demandent même pas à être suturées. Nous avons dit plus haut que, dans un cas de ce genre (obs. IX), deux incisions portant de chaque côté du col et longues de plus de 3 centimètres ont permis de faire immédiatement une application de forceps et d'extraire ainsi un enfant vivant.

La malade a parfaitement guéri. On a cité, il est vrai, de nombreux cas de mort par rupture utérine à la suite des incisions de Dührssen, et M. Pinard, à la Société obstétricale de France en 1893, a rapporté deux faits de déchirure vésicale consécutive à un débridement du col. Il semblerait donc quelquefois plus prudent de recourir d'emblée, surtout si la femme est à terme et si la cicatrice est très large, à l'amputation utéro-ovarique de Porro. En particulier, dans l'observation XV, cette opération eût été très justifiée.

D'ailleurs il est évident que la conduite de l'accoucheur devra varier suivant le siège et l'étendue de la lésion et suivant la profondeur des tissus envahis ; il serait plus que téméraire de vouloir, d'avance, instituer un traitement univoque, indistinctement applicable à toutes les sténoses cicatricielles du col.

Conclusions. — De nos observations, on peut conclure que l'amputation du col exerce une influence marquée :

1° Sur la *durée* des grossesses ultérieures, en causant fréquemment des avortements ou des accouchements prématurés.

2° Sur la *marche du travail* de l'accouchement : A) en exposant à la rupture prématurée des membranes; B) en occasionnant, dans les cas d'opération *atypique*, des rétrécissements cicatriciels du col, qui s'opposent parfois d'une façon absolue à la dilatation.

REVUE FRANÇAISE

L. Guillois. — Deux cas de résection partielle des deux ovaires pour ovarite scléro-kystique. (*Journal des sciences médicales de Lille*, 8 janvier 1898.)

1er Cas. — Berthe L.... 18 ans, nullipare, n'a jamais été bien réglée ; les menstrues venaient toutes les 6 semaines, duraient 4 à 5 jours, étaient abondantes ; depuis un mois surtout elle souffre dans le bas-ventre, a des pertes blanches. L'utérus est en position normale, les régions ovariennes sont très sensibles, et la malade réclame une intervention. M. le professeur Duret fait une laparotomie le 25 juin. L'utérus ne présente pas de fibrome ainsi qu'auraient pu le faire penser les ménorragies plus sérieuses dans ces derniers temps, et l'absence d'endométrite pour expliquer ces pertes sanguines. Les deux ovaires sont scléro-kystiques ; l'ovaire droit est plus volumineux de moitié que le gauche. Cet ovaire déformé, bossué, a sa coque soulevée par une douzaine de petites masses transparentes, kystiques. L'ovaire gauche présente les mêmes altérations, mais à un degré beaucoup moindre.

M. le Pr Duret décide alors de faire la résection partielle des deux ovaires, c'est-à-dire d'enlever une portion cunéiforme de chacun d'eux. Il fend d'abord l'ovaire droit de part en part, en supprime la moité en deux segments en quartier d'orange ; fait ensuite une suture continue au catgut des deux valves restantes.

A gauche on procède de même. On referme le ventre par trois plans de suture sans drainage.

Les suites opératoires sont fort simples et la malade quitte l'hôpital au milieu du mois de juillet. Elle ne souffre plus du ventre.

2e Cas. — C'est également pour de violentes douleurs abdominales que Philomène P., 21 ans, entre le 7 octobre 1897 dans le service de M. le professeur Duret. Elle est de plus très nerveuse et sujette à des attaques d'hystérie très fréquentes depuis l'âge de 9 ans. Réglée à 14 ans, elle l'est à peu près normalement. En février dernier elle accouche, à la Maternité Sainte-Anne, d'un enfant vivant et à terme. Travail long, l'accouchement se termine par un forceps à cause du rétrécissement pelvien. Après son accouchement la malade commence à souffrir du bas-ventre, les douleurs deviennent bientôt insupportables, s'irradient dans les lombes. Il y a de la leucorrhée verdâtre et des troubles de miction.

A l'examen le ventre est tympanique, on n'y trouve aucune tumeur ; la région ovarienne gauche est d'une sensibilité exquise.

Par le toucher vaginal on sent une tuméfaction douloureuse dans le cul-de-sac postéro-latéral gauche qui est probablement l'ovaire prolabé : Au spéculum le col est un peu gros et exulcéré sur les bords.

On pense à une salpingite gauche avec adhérences ou à un prolapsus ovarien.

Dans un but conservateur on a recours à la voie abdominale. M. le Pr Duret fait une laparotomie sous-ombilicale le 19 octobre. Les annexes ne sont pas adhérentes, mais prolabées.

Les deux ovaires sont scléro-kystiques, d'un volume un peu supérieur à celui d'une amande.

Le chirurgien ponctionne au bistouri les kystes saillants, puis il fait une résection partielle de chacun d'eux en enlevant au bistouri un coin sous forme de tranche de melon. Surjet au catgut pour réunir les deux moitiés de l'ovaire. L'utérus étant en rétroversion, le chirurgien complète son intervention par une hystéropexie au moyen de trois fils de soie, suivant sa méthode ordinaire.

Suites opératoires bonnes, la malade peut être considérée comme guérie (1)

Voici donc deux cas où la résection partielle des ovaires semble

(1) La malade a quitté le service, guérie de ses douleurs, le 15 novembre. A été revue en décembre. Les crises d'hystérie autrefois si nombreuses et les douleurs ont disparu. (N. du S.)

avoir amené la disparition complète de douleurs autrefois intolérables. C'est en 1893, à l'Académie de médecine, le 21 février, que Pozzi fit connaître ce nouveau traitement de l'ovarite diffuse et scléro-kystique, traitement qui guérissait en conservant la fécondité de la malade ; à la résection partielle, il ajoutait l'ignipuncture.

Avant Pozzi, Schröder, en 1884, avait pratiqué la résection partielle pour un kyste dermoïde; Martin, Zweifel, Gusserow, Wilson l'avaient également faite pour lésions diverses, mais Pozzi n'en reste pas moins le premier qui l'ait appliqué systématiquement à l'ovarite scléro-kystique. Sous son inspiration, deux thèses parurent sur ce sujet : l'une du Dr Delaunay en 1893, avec 6 observations dont l'une particulièrement intéressante ; l'autre du docteur Donnet sur les résultats éloignés des opérations conservatrices de l'ovaire, parue en 1895 (22 observations).

Les conclusions de ces deux auteurs sont les mêmes. L'ignipuncture et la résection partielle appliquées au traitement de l'ovarite diffuse et de la dégénérescence scléro-kystique sont efficaces contre la douleur et les troubles menstruels, elles amènent une guérison définitive, elles ne portent aucune atteinte à la fécondité.

Dans les deux cas que nous avons rapportés, la douleur est disparue, nous suivrons nos malades de manière à pouvoir nous rendre compte du maintien de la guérison.

Grépinet. — ÉPITHÉLIOMA DU COL UTÉRIN AU DÉBUT. HYSTÉRECTOMIE VAGINALE. (*Journal des sciences médicales de Lille*. 8 janvier 1898.)

La nommée Hélène D..., âgée de 35 ans, entre à l'hôpital le 29 octobre, dans le service de M. le professeur Duret.

Mariée à 21 ans, elle a eu dix enfants, le dernier il y a quatre ans. Le dernier accouchement a été laborieux ; depuis cette époque, elle est toujours malade, et se plaint de douleurs abdominales. Il y a sept mois, on lui fait un curettage de la matrice pour des métrorragies, mais les pertes n'en recommencent pas moins tous les quinze jours, durant une semaine, et s'accompagnent dans l'intervalle d'un écoulement vaginal légèrement odorant.

La malade n'éprouve aucun trouble de la miction, n'est pas constipée, mais souffre surtout pendant la marche.

Examen clinique. — Le palper ne donne aucun renseignement. Le toucher vaginal permet de constater un col largement ouvert avec éversion de la lèvre antérieure. Le fond de l'utérus est en antéversion Enfin, les annexes du côté droit sont douloureuses, du volume d'une petite pomme.

L'examen au spéculum montre que la lèvre antérieure du col est très éversée, comme nous l'avons dit, et présente une surface ulcérée triangulaire qui se continue avec la cavité cervicale et mesure deux centimètres en hauteur et un centimètre et demi en largeur. Les bords sont indurés, la surface est finement bourgeonnante, reposant sur un fond également induré, de sorte que l'on pense à un épithélioma. La lèvre postérieure est saine. En somme, l'aspect de la tumeur ne diffère guère d'une métrite ulcéreuse du col avec ectropion.

M. le Professeur Duret fait l'hystérectomie vaginale le 3 novembre, sans grandes difficultés. Les annexes sont peu altérées, mais on trouve un ovaire scléro-kystique avec légères adhérences. Les trompes sont saines. Sur l'utérus enlevé on retrouve bien l'ulcération du col avec sa dureté particulière. Du reste, l'examen histologique pratiqué par M. le Professeur Augier, confirme le diagnostic en montrant qu'il s'agit d'une cancroïde à globes épidermiques.

Le lendemain 4 novembre, la malade perd abondamment, le pouls est très petit, incomptable. Le soir, on fait une injection de 900 cent. cubes de sérum artificiel. Sous l'influence de cette médication, les symptômes généraux s'amendent les jours suivants ; toutefois la malade continue à perdre encore pendant un certain temps et ce n'est qu'en décembre que la malade quitte l'hôpital.

Comme il a été dit plus haut, la présence des globes épidermiques au sein des bourgeons épithéliaux, l'existence d'hémorragies, d'écoulement fétide et de douleurs ne laissent aucun doute. Il s'agit bien d'un épithélioma lobulé affectant la forme ulcéreuse.

Il est peut-être intéressant de remarquer la précocité de l'affection dans le cas présent. Le cancer de l'utérus apparaît souvent après la cessation des règles dont le retour est alors un symptôme capital. Or la malade qui fait le sujet de cette observation n'est âgée que de 35 ans.

Quant à l'étiologie, les causes en sont inconnues. Pourtant, certains auteurs ont signalé l'influence des grossesses répétées, des accouchements laborieux ayant amené une déchirure du col. Dans le cas présent, on a affaire à une femme ayant eu dix enfants après dix années de mariage.

De plus, le dernier accouchement a été laborieux. Enfin l'intervention opératoire, ayant été faite dès le début de l'affection, par conséquent d'une manière complète, on peut l'espérer, il sera intéressant de savoir de quelle durée sera la non récidive.

REVUE ANGLAISE

Walter-Tate. — PYOMÈTRE COMPLIQUANT LE CANCER DU COL. (Soc. ob. de Londres. 1er déc. 1897. *Brit. med. J.*, 11 déc. 1897.)

D'après les statistiques de Bürken, cette complication s'observe dans 62 % des cas : l'auteur l'a observée dans 3 cas d'hystérectomie, vaginale : I. Veuve de 60 ans, 9 enfants, ménopause à 45 ans : écoulement, parfois sanglant, depuis 2 ans, fétide depuis 6 mois, col volumineux et infiltré occupant tout le fond du vagin. Hystérectomie, écoulement de 3 ou 4 onces de pus infect. Guérison.— II. Femme de 61 ans, 9 enfants : écoulement depuis 9 mois, plus copieux depuis 3 semaines, col dur, carcinomateux, hystérectomie. Col obturé, corps distendu par du pus fétide, guérison. —III. Femme de 61 ans, 7 enfants ; ménopause à 41 ans. Ecoulement intermittent depuis 4 ans, purulent depuis quelques semaines, col volumineux et dur ; ulcérations friables et saignantes ; utérus distendu et élastique. Ecoulement de pus fétide à l'incision. Guérison.

Discussion : *Lewers* a fait 67 opérations radicales dont 57 pour cancer du col. Deux présentaient du pyomètre.

Armand Routh. Le fait présenté par Tate de l'existence du pyomètre sans sténose du col est important en ce sens qu'il faut expliquer les hydromètres qu'il n'est pas rare d'observer après la ménopause. Dans ces cas, il n'y a souvent ni obstruction du col, ni tumeur tubaire. Quant aux infiltrations qui entourent parfois l'utérus cancéreux, il est impossible de dire si elles sont de nature maligne ou inflammatoire.

Targett. — EXAMENS MICROSCOPIQUES DE CURETTAGES UTÉRINS. (Soc. Hunterienne, 23 nov. 1897. *Brit med. J.*, 11 déc. 1897.)

Examen de plus de 200 spécimens de fragments obtenus par la curette ou émis spontanément et de nature douteuse : 1° L'endométrite et l'endo-cervicite représentent 42 % des cas : dans beaucoup de ces cas, les symptômes étaient ceux d'une lésion maligne et le microscope pouvait seul lever les doutes ; 2° Lésions malignes 32 % ; à l'exception de 2 sarcomes et 1 déciduome malin, il s'agissait de carcinome cylindrique ou stratifié ; 3° dans 10.5 % des cas, tissu placentaire dégénéré ; les symptômes indiquant plusieurs fois une lésion maligne et l'examen a permis le choix de l'opération ; 4° 16 cas ou 8 %, classés membranes, se décomposent ainsi : 8 caduques vraies, 4 caduques menstruelles ; 2 membranes fibrineuses : le reste formé du revêtement épithélial du vagin détaché par des injections trop astringentes ; 5° 7 % de caillots fibrineux décolorés ou non.

Alfred Smith.— RUPTURE DE GROSSESSE TUBAIRE. (Ac. Royale de médecine Irlandaise, 26 nov. 1897. *Brit. med. J.*, 11 déc. 1896.)

Femme de 29 ans, mariée depuis 5 ans, 3 enfants à terme, transportée après rupture, sur un parcours de 8 milles, sans complication. Laparotomie. La trompe gauche présente une déchirure à l'union de l'isthme et de l'ampoule : large ouverture circulaire sur le feuillet postérieur correspondant du ligament large ; touffe chorionique à l'orifice et fœtus de 8 à 10 semaines, dans son sac. Les points intéressants sont : 1° l'ouverture d'une grossesse tubaire chez une femme aussi prolifique ; 2° la double rupture — la 1re le 17 mai, la 2e le 22, avec un intervalle de quiétude —, correspondant bien respectivement à la déchirure de la trompe et à celle du ligament ; 3° l'absence de toute hémorragie par le vagin ; 4° la malade est actuellement enceinte de nouveau, moins de 6 mois après une telle opération.

Christopher Martin. — FŒTUS MACÉRÉ DE GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE. (Ass. méd. angl., 29 oct. 1897. *Brit. med. J.*, 11 déc. 1897.)

Fœtus macéré de 6 mois, provenant d'une grossesse extra utérine chez une femme de 24 ans, 15 mois avant, signes de grossesse et aménorrhée pendant 3 mois ; surviennent alors comme des menaces d'avortement ; puis les règles reparaissent régulièrement ; au bout de 6 mois, mort du fœtus. Pendant quelque temps, la malade se porte bien, puis apparaissent des signes de septicémie. On enlève par morceaux, et par la voie vaginale, le fœtus baignant dans un sac plein de pus fétide. Tamponnement à la gaze iodoformée. Guérison.

Tout ouvrage dont il sera envoyé deux exemplaires sera annoncé et analysé s'il y a lieu.

R. PICHEVIN, *Directeur-Gérant*.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE DAIX FRÈRES.
Maison spéciale pour Journaux et Revues.

SOMMAIRE

HOPITAL PASCAL

DE LA COLPOTOMIE

Par M. Pozzi, Membre de l'Académie de médecine et Professeur agrégé.

Leçon clinique recueillie le 11 février 1898.

Je veux vous entretenir aujourd'hui de la colpotomie, de ses indications et de son manuel opératoire.

Vous avez pu voir dans une de mes salles une femme dont l'histoire est intéressante. Il s'agit d'une malade qui avait eu des pertes abondantes 8 jours avant son entrée à l'hôpital. Cette femme était probablement atteinte de blennorragie ; je crois que le gonocoque avait suivi une marche ascendante et avait envahi successivement le vagin, le col, le corps de l'utérus et les trompes. Quand j'eus l'occasion d'examiner cette malade pour la première fois, je pus constater l'existence dans le cul-de-sac postérieur, d'une tumeur assez volumineuse, bien limitée et fluctuante. A n'en pas douter, et malgré l'absence de douleurs et d'élévation de température, nous étions en présence d'une collection purulente dans le Douglas.

La malade fut soumise à l'usage des irrigations chaudes.

Subitement la tumeur augmenta de volume ; la fièvre fit son apparition. On pratiqua l'incision du cul-de-sac postérieur du vagin et il s'écoula une grande quantité de pus fétide. Un drain fut mis dans la cavité purulente. La malade, en bonne voie de guérison, n'a plus qu'une fistule purulente au fond du vagin.

Cet exemple me permet de vous faire connaître ma pratique dans les cas de ce genre. Toutes les fois qu'une malade se présente avec les signes d'une péri-métro-salpingite ou d'une inflammation des trompes, il est bon de la soumettre à un traitement préparatoire, à une thérapeutique purement médicale, qui peut être suffisante dans quelques cas.

Le repos, les injections vaginales chaudes, les purgatifs doux, différents pansements vaginaux à la glycérine, au besoin les enveloppements humides, sont les principaux moyens qu'il faut mettre tout d'abord en œuvre pour combattre les accidents péri-utérins. On obtient parfois la résolution, mais c'est un fait excessivement rare, il faut le reconnaître. Presque toujours il se produit l'une des deux éventualités suivantes :

1° L'empâtement disparait ; on ne sent plus la résistance ou la rénitence que l'on avait constatée dans les premiers jours.

Mais en poussant plus avant le doigt vaginal, en s'aidant exactement du palper abdominal, en combinant le palper au toucher, on arrive à trouver à la place de l'ancien empâtement qui remplissait plus ou moins le Douglas, les trompes nettement enflammées.

Que s'est-il donc passé ?

Ce qui avait été tout d'abord reconnu, la tumeur qui remplissait le cul-de-sac de Douglas était de la péri-métro-salpingite. Il s'agissait d'une sorte d'œdème, de fluxion collatérale sous la dépendance d'une inflammation dont l'origine était dans les trompes. Cette fluxion cachait par son volume la lésion qui lui avait donné naissance, à savoir l'inflammation salpingienne. Plus tard, sous l'influence du traitement, l'œdème diminua, le noyau inflammatoire, origine du mal, devint seul sensible et je pus percevoir la trompe augmentée de volume et enflammée.

Dans les cas de ce genre, quand on vient à examiner les malades au début de la période inflammatoire, on constate une tumeur, mais on ne peut pas affirmer qu'il s'agit de salpingite plutôt que de péri-métro-salpingite. Il faut attendre l'évolution de la maladie pour pouvoir porter avec plus de précision le diagnostic. Et on est d'autant plus invité à s'abstenir de tout traitement chirurgical que celui-ci devient moins grave, ainsi que je le dirai plus loin, à mesure que l'on s'éloigne de la période aiguë.

Quoi qu'il en soit, une femme qui a une péri-métro-salpingite peut guérir et ne présenter plus tard qu'un noyau de salpingite.

2° La deuxième alternative pour une femme ayant des phénomènes fluxionnaires péri-utérins et péri-salpingiens est la suivante : l'œdème augmente, la sérosité se transforme en collection purulente. Au toucher, à la place de l'empâtement plus ou moins vague du début, on sent dans le cul-de-sac postérieur une tumeur volumineuse, nettement fluctuante et faisant saillie du côté du vagin. Cette collection purulente existe autour des trompes, dans le cul-de-sac de Douglas.

Je vous ai dit que la femme dont je vous parlais avait une collection de pus bien limitée, bien circonscrite, et ne présentait ni douleur, ni élévation thermique.

Une femme ne peut pas garder indéfiniment du pus dans son ventre sans que la présence de cette collection ne se manifeste par aucun symptôme. Il est juste cependant de faire remarquer la singulière tolérance de l'organisme dans certains cas. Mais n'importe, en règle générale, le pus dans le petit bassin ne tarde pas à donner naissance à des phénomènes révélateurs.

Pendant un certain temps le pus collecté soit dans la trompe, soit dans le Douglas, ne donne lieu à aucune élévation de température. Pourquoi? C'est qu'il s'est fait une séquestration du pus ; le poison est pour ainsi dire enfermé dans sa boîte par suite des conditions anatomiques. Mais la défense qui s'est faite autour du foyer infectieux pour le localiser, pour le séparer du reste de l'organisme est tôt ou tard vaincue et alors apparaissent et les douleurs et la fièvre.

Quand les douleurs se montrent, il faut intervenir. Dès qu'on est sûr que le pus est accessible par le vagin, il faut aller le chercher.

Le pus est-il collecté dans la trompe, la question peut se poser s'il vaut mieux suivre la voie vaginale ou s'il n'est pas préférable de pratiquer une laparotomie.

Mais si la tumeur péri-tubaire ou péri-utérine est accessible par le vagin, c'est par la voie la plus courte, c'est par la voie vaginale, qu'il faut passer, d'autant plus que le drainage de la poche purulente sera facile et naturel par le vagin. C'est donc la colpotomie qu'il faut employer.

La colpotomie a été considérée par quelques opérateurs comme le traitement unique des collections tubaires et des collections situées autour de l'utérus.

Certains auteurs, Laroyenne, de Lyon, et quelques chirurgiens américains ont dit que la colpotomie était indiquée toutes les fois qu'il existait du pus dans le petit bassin.

C'est ainsi qu'on a ouvert des trompes pleines de pus ou de sérosité par le cul-de-sac de Douglas.

Cette pratique est-elle recommandable ? Je ne le pense pas Si la collection se trouve circonscrite dans la trompe et n'est pas accessible dans le Douglas, il ne faut pas pratiquer la colpotomie. On doit, en effet, non seulement donner issue au pus, mais les parois de la poche doivent être enlevées. La seule incision du cul-de-sac de Douglas ne suffit pas.

Il faut que je vous entretienne maintenant du *procédé opératoire* que vous m'avez vu suivre chez ma malade.

On doit saisir le col avec une pince tire-balle. Je prends de préférence la lèvre postérieure que j'attire en relevant le col, de façon à bien tendre le cul-de-sac postérieur rendu bien accessible à l'aide de valves. Avec un bistouri, j'incise immédiatement en arrière de l'insertion du vagin sur le col. L'incision doit être faite sur la ligne médiane et n'empiéter que peu sur les côtés. Une incision de 3 centimètres environ suffit. Il

ne faut pas aller trop sur les côtés ; il faut penser à la possibilité de la blessure de l'utérine et de l'uretère. L'incision se fera couche par couche ; le doigt placé dans la plaie sentira la partie fluctuante de la tumeur qui sera incisée ou effondrée avec les doigts. Il sera toujours bon d'agrandir l'ouverture de la plaie avec les doigts. On évitera ainsi de blesser des vaisseaux importants.

Le pus qui s'échappe est ordinairement fétide, à cause de la proximité du rectum.

Doit-on faire des *lavages* ? oui, mais à une condition c'est qu'ils soient pratiqués avec ménagements. La pression du liquide que l'on injecte dans la poche doit être faible et l'on doit s'assurer du facile écoulement de l'injection au dehors.

Il ne faut pas employer des liquides antiseptiques très toxiques comme l'acide phénique et surtout le sublimé corrosif. Je préfère pour cet usage l'eau bouillie ou l'eau boriquée. Si l'on s'est servi du sublimé, on fera suivre l'injection d'une large irrigation d'eau bouillie ou boriquée.

Après ces injections, il faut faire un tamponnement lâche de la cavité. Ce tamponnement doit être pratiqué avec précaution : il ne faut pas oublier que les parois de la poche peuvent être faibles et friables. Il y a lieu de tasser doucement les gazes antiseptiques ; il faut surtout les introduire profondément. Ce tamponnement qui est en même temps un drainage capillaire, doit être associé à un véritable drainage. Je mets, en effet, un drain en T dans la poche, avant d'y introduire les gazes.

La colpotomie ainsi pratiquée est une opération bénigne et qui ne comporte généralement pas de dangers.

Les suites de l'opération sont simples. La défervescence se manifeste assez rapidement après l'intervention. La fièvre s'abaisse parfois le soir même, mais pas toujours. L'abaissement thermique ne se manifeste souvent qu'au bout de quelques jours.

La fistule, qui est le résultat de l'opération, dure plus ou moins longtemps, mais finit par se tarir. La guérison est obtenue.

Quand je dis la guérison, je veux parler de la guérison de l'abcès, c'est-à-dire d'un épiphénomène de la maladie principale, d'un accident.

L'erreur de certains chirurgiens qui perdent trop tôt de vue leurs opérées consiste à admettre la guérison de leurs malades, alors qu'il n'est question que de la guérison de la lésion secondaire. Les malades n'ont plus leurs abcès, mais elles restent avec des trompes malades. La salpingite est devenue chronique. L'affection tubaire peut rester silencieuse pendant des mois, mais elle est susceptible de se manifester et se manifeste presque toujours.

Un abcès dentaire incisé peut guérir; mais l'on ne sera pas radicalement débarrassé du mal tant que persistera la dent malade. Il en est de même pour la collection péri-utérine et la salpingite.

Les malades qu'on opère par colpotomie ne sont pas radicalement guéries. Il leur reste des trompes malades. Il est extrêmement probable que notre malade reviendra à l'hôpital dans quelques semaines, dans quelques mois, et que nous assisterons à des accidents imputables à son affection annexielle.

Si cette femme revient, comme la chose est fort probable, je viens de le dire, j'aurai à traiter ses trompes. La question se posera de savoir s'il faudra lui faire soit la laparotomie, soit l'hystérectomie vaginale. J'estime que l'ablation de l'utérus et des annexes sera plus indiquée à cause des adhérences qui existent par en bas et qui fixent l'utérus et ses annexes dans une position basse.

Mais si l'hystérectomie vaginale doit être nécessaire dans quelque temps, pourquoi n'ai-je pas pratiqué cette opération de préférence à la colpotomie. Pourquoi ai-je fait d'abord l'incision du cul-de-sac postérieur, alors que je pense que l'hystérectomie devra être tôt ou tard pratiquée ? Il eût été préférable, direz-vous peut-être, d'éviter de faire une seconde opération.

Je pense que dans les inflammations aiguës du petit bassin, quand les phénomènes infectieux sont récents, il vaut mieux ne pas pratiquer la castration totale par le vagin.

En effet, l'hystérectomie vaginale, exécutée en pleine période aiguë, risque de causer une infection générale et par suite la mort. Au début des accidents infectieux, quand la fièvre est élevée, on ne doit pas pratiquer l'hystérectomie vaginale et encore moins la laparotomie.

Il faut attendre la fin des accidents aigus, car les microbes ont alors perdu une partie de leur virulence.

Quand le pus est septique et virulent, il y a lieu de faire simplement la colpotomie. Plus tard ce sera le tour soit de l'hystérectomie, soit de la laparotomie ; mais que l'on commence toujours par l'opération la moins grave, c'est-à-dire par la colpotomie, qui permet d'attendre le moment opportun.

Il y a un autre cas où la colpotomie est meilleure que l'hystérectomie.

S'agit-il d'une énorme suppuration péri-utérine, bien accessible par le vagin ; se rencontrant à une époque assez éloignée du début des phénomènes aigus, chez une femme déprimée, débile, cachectique ou du moins ayant un mauvais état général. Au lieu de pratiquer l'hystérectomie, il vaut mieux faire la colpotomie, opération plus bénigne.

A ce sujet, permettez-moi de vous citer un fait qui a été fort instructif pour moi et qui m'a décidé d'adopter la règle de conduite que je vous indique.

La femme d'un confrère, à la suite de couches septiques, avait eu une inflammation utérine et péri-utérine grave. Elle était malade depuis longtemps, quand je la vis et son état général était véritablement mauvais. En l'examinant je constatai que la collection purulente qui existait autour de son utérus était énorme et remontait très haut. L'utérus était très volumineux. Il s'agissait, en somme, d'une infection grave, ancienne, chez une femme débilitée profondément.

La malade était loin de Paris. Je n'étais pas sûr de pouvoir revenir pour lui faire plus tard l'hystérectomie. Je me décidai à faire l'ablation de l'utérus par la voie vaginale.

L'hystérectomie assura l'évacuation d'une quantité de pus considérable.

L'opération avait duré une demi-heure. La malade succomba.

Cet insuccès est dû au choc opératoire, à la misère physiologique de cette femme épuisée par une longue suppuration.

Il aurait été préférable d'ouvrir simplement le cul-de-sac postérieur.

Dans les cas de ce genre, il y a contre-indication à l'hystérectomie. Mieux vaut pratiquer une colpotomie d'attente, sauf à faire plus tard l'hystérectomie.

DES URÉTHRITES NON GONOCOCCIQUES

Par Jules Eraud, de Lyon,

Ancien chef de clinique des maladies vénériennes et cutanées.

—

De 1879, époque à laquelle Neisser découvrit le gonocoque, jusqu'en 1884 — époque où la pluralité des hémorrhagies se posa, — régna cette idée qu'une seule espèce microbienne était la cause de l'uréthrite blennorrhagique. De sorte que l'inflammation de l'urèthre était réduite à cette équation ou plutôt à cette formule :

Uréthrites = blennorrhagie = gonocoque.

Mais en 1884, Bockardt, Aubert signalèrent dans l'écoulement de l'urèthre des microorganismes autres que le gonocoque. Depuis, différents auteurs ont publié des faits du même genre présentant des garanties suffisantes d'authenticité. La plupart de ces observations, pour ne pas dire toutes, — bien qu'elles concernent des cas d'uréthrites secondaires, c'est-à-dire des uréthrites précédées d'un processus uréthral antérieur— méritent donc l'attention ; mais tout autre serait leur importance, si elles avaient trait à des cas d'uréthrites primitives, c'est à-dire survenues d'emblée.

Quoi qu'il en soit, la question des uréthrites non gonococciques est aujourd'hui à l'ordre du jour ; et si leur existence n'est pas contestée, il faut reconnaître encore le désaccord des auteurs touchant leur degré de fréquence, leur mécanisme, leurs variétés. Aussi leur classification est-elle difficile. C'est ainsi que Legrain les divise en deux catégories, selon qu'elles sont dues au coït ou qu'elles surviennent sans rapports ;



— qu'Audry les classe en chimiques, diathésiques, traumatiques, vénériennes ; — que Faitout, Guiard les divisent en uréthrites de cause externe et de cause interne ; — que Barbellion, avec plus de raison à mon avis, les groupes en infections saprophytiques primitives, mixtes, secondaires ou post-gonococciques ; — que d'autres, enfin, voudraient les répartir en uréthrites microbiennes et en uréthrites non microbiennes: toutes divisions qui, malheureusement, ne cadrent qu'incomplètement avec l'ensemble et l'interprétation des faits. Pour nous, nous adopterons la classification suivante qui nous paraît être en conformité avec les faits cliniques, sans préjuger du mécanisme pathogénique :

- 1° Uréthrites non gonococciques aiguës ou primitives.
  - (a) microbiennes.
  - (b) amicrobiennes ou chimiques.
- 2° Uréthrites non gonococciques secondaires.
  - (a) mixtes.
  - (b) post-gonococciques.
    - (a) suppurées, bactériennes ou saprophytiques.
    - (b) muqueuse.
      - microbiennes
      - aseptiques.

Nous laisserons, à dessein, de côté, toute la catégorie des uréthrites dites diathésiques, bien obscure encore, car nous croyons qu'il est nécessaire de reprendre sur des bases nouvelles toutes les observations qui ont été publiées comme telles. A notre avis, elles ne deviendront valables à l'avenir que si elles sont accompagnées d'examens bactériologiques précis, ces examens ne devant concerner en général que des sujets sains au point de vue génito-urinaire. On peut donc, jusqu'à plus ample informé, garder quelques doutes sur l'existence réelle et autonome, tout en admettant que l'urine, dans certains cas, puisse acquérir des propriétés irritantes pour la muqueuse du canal.

Ceci posé, le point qu'il importe avant tout de déterminer, c'est de savoir s'il existe une uréthrite non gonococcique aiguë et primitive pouvant se développer chez des individus vierges de tout passé urinaire. C'est là un point primordial, car de sa démonstration il résultera de ce fait qu'à côté du gonocoque, il peut y avoir et il y a d'autres microbes capables de pyogenèse uréthrale d'emblée.

A en juger par le silence des auteurs, l'uréthrite aiguë non gonococcique doit être fort rare. Est-ce dire que, si on procédait à un examen systématique de toutes les sécrétions uréthrales aiguës, l'existence n'en serait pas prouvée plus souvent? Poser la question, c'est la résoudre, car c'est par l'examen microscopique seul que la question peut être tranchée.

De par sa nature, elle peut être chimique ou microbienne. De la forme chimique, on cite les cas de Legrain, Riel, etc., où paraît-il, on n'aurait trouvé dans le pus de l'écoulement aucun parasite décelable par les moyens colorants ordinaires. Serait-ce donc là une uréthrite aseptique d'emblée ou bien simplement une phase aseptique de la maladie ? Pour l'expliquer, il faut ou supposer une toxalbumine capable, par son action sur la muqueuse uréthrale, de produire une suppuration aseptique, ou bien accuser l'imperfection de nos méthodes colorantes actuelles qui ne permettent pas de déceler dans tous les cas les microorganismes qui s'y peuvent trouver. Certaines recherches de Bockardt sembleraient témoigner en faveur de cette deuxième hypothèse, laquelle d'ailleurs trouve quelque appui dans l'existence des saprophytes intra-uréthraux signalée ces dernières années. Quant à l'action d'une diastase, d'une toxalbumine créant d'emblée une suppuration aseptique, nous en concevons parfaitement la possibilité, par analogie avec d'autres exemples connus, mais il resterait à établir son mode fonctionnel.

Relativement à la variété microbienne de l'uréthrite non gonococcique aiguë, sont variables les parasites qui y ont été rencontrés : tantôt des bactéries et cocci (Aubert), tantôt des diplocoques plus gros que le gonocoque (Rauzier), tantôt le coli-bacille, etc. ; bref, ce sont des microbes divers qui ont été vus, sans que leurs caractères aient été bien précisés. Dans un cas qui m'est personnel (in *Lyon Médical* du 16 mai 1897), l'écoulement était constitué par des globules de pus jaune avec un grand nombre de cellules épithéliales. Les parasites y étaient de deux espèces : des cocci et surtout des bâtonnets, ces derniers en prédominance. Ces bactéries formaient de véritables îlots intra-globulaires et intra-cellulaires, au lieu des amas de gonocoques intra-leucocytaires. Les bâtonnets étaient courts, variant de 1 μ. à 2 μ., d'une longueur double ou même triple de la largeur, à extrémités également arrondies ; ils étaient tous rectilignes, sans affecter nulle part de forme curviligne. — Des tubes d'agar ensemencés à deux ou trois reprises différentes avec le pus uréthral de ce malade, soumis à l'étuve à une température de 33°-35°, ont donné lieu, au bout de 24 heures, et surtout de deux jours, à une culture blanc-jaunâtre, s'étendant avec une assez grande rapidité. Sous le microscope, on voyait dans ces cultures les mêmes bâtonnets que dans le pus, avec cette particularité que l'élément coccus prenait le pas sur l'élément allongé, sans spores probables. On reconnaissait aussi, avec les objectifs 12-18 Reichert à immersion, que l'élément allongé n'était que la juxta-position de deux, trois cocci, lesquels paraissaient avoir pris, dans ces tubes de culture, des dimensions plus considérables que celles qu'elles avaient dans l'urèthre.

Que sont donc ces parasites ? quelle est leur relation avec les saprophytes du canal ? C'est ce que nous devons étudier maintenant, appelant à notre aide les cultures comparatives et surtout l'expérimentation qui seules peuvent contribuer à éclairer la question.

On sait depuis les recherches de Lustgarten et Mannaberg, de Legrain, de Petit et Wasserman, de Eraud, etc., que l'urèthre normal est habité par un certain nombre d'espèces microbiennes, sans doutes moins considérables qu'on ne le suppose, car un travail de synthèse en diminuera bientôt le nombre. En thèse générale, qu'on envisage l'urèthre normal ou pathologique, c'est la forme coccienne ou diplo-coccienne qui constitue la forme prédominante presque exclusive de l'avant-canal. L'élément bacillaire y est rare, y compris le *bacillus coli commune* qui, non seulement ne vit pas normalement dans l'avant-canal, mais qui n'a aucune tendance à s'y développer anormalement. Cette notion demande à être répétée, surtout aujourd'hui où le bacillus coli est en voie de devenir un microbe à tout faire, puisqu'il est considéré comme produisant non-seulement l'entérite, toutes les affections des voies biliaires, la péritonite, etc., mais encore capable de faire l'uréthrite suppurée, de la cystite, de la pyélo-néphrite, où pour cette dernière, il a été substitué dans ces derniers temps à la bactérie septique de Clado et à la bactérie pyogène de Hallé et Albarran.

Mais hâtons-nous d'ajouter que toute cette question du coli-bacille est encore fort confuse. Dire qu'une infection est d'origine coli-bacillaire, n'est pas préciser son microbe pathogène : c'est tout au plus indiquer à quelle famille bactérienne il ressortit. Car, à côté du bacillus commune, il y a une série de formes coli-bacillaires, que l'on a appelées para-coli bacillaires et qui se différencient à peine ou même pas les unes des autres. Aussi, avant de faire jouer un rôle aussi considérable à un parasite qui ne fait pas élection de domicile dans les voies urinaires, et qui, pour y pénétrer, doit recourir à des voies détournées, lesquelles d'ailleurs sont plutôt hypothétiques que démontrées, il conviendrait de tenir compte des microbes de l'avant-canal et de déterminer en premier lieu leurs propriétés culturales, en deuxième lieu leur polymorphisme, et enfin leur action pathogène.

Que si nous procédons à la culture de ces parasites en les ensemençant tout d'abord en gélose, puis en gélatine, en bouillon, sur pomme de terre, nous verrons que les cultures obtenues sont constituées presque exclusivement de cocci, de diplocoques aux formes actives et jeunes. Ce sont des cultures pures qu'on obtient presque du premier coup, et qui, au surplus, tranchent par leur abondance, leur richesse, leur coloration sur d'autres cultures extrinsèques qui, parfois, peuvent se produire dans le même milieu nutritif. Il est un fait bactériologique très frappant et qui est en même temps d'une grande portée : c'est que si l'on met en regard les cultures obtenues sur l'urèthre sain avec ce que l'on observe dans l'uréthrite aiguë, on est surpris de voir qu'aux lésions jeunes correspondent des formes microbiennes jeunes — en diplocoques — telles qu'elles vivent à l'état de saprophytes. Puis successivement aux lésions blennorrhagiques plus ou moins anciennes, correspondent des cultures vieilles

où les formes anormales se montrent davantage pour atteindre leur maximum dans les cas de vieilles uréthro-prostatites. Si ces cultures sont examinées sous le champ du microscope avec des grossissements tels que ceux fournis par les objectifs 12-18 Reichert à immersion, on est étonné de voir qu'au milieu des divers éléments qui les composent, le type originel est le diplocoque qui se montre tantôt isolé ou associé au point de simuler des amas de staphylocoques, des sarcines, mais fort souvent des cocci-bacilles, des diplo-bacilles, des strepto-bacilles parfois curvilignes, le plus souvent rectilignes. Le tout affecte fréquemment une allure tératologique, c'est-à-dire des dimensions, des formes irrégulières dont le degré est en général en rapport avec le degré d'ancienneté des lésions. Je dis plus : c'est qu'en l'espèce, par l'examen microscopique seul, il est impossible de différencier le bacillus coli de ces formes cocci-bacillaires. Les cultures mêmes ne paraissent pas permettre d'établir une différence positive, car, comme le bacillus coli, ces cocci-bacilles urinaires ne font pas de pus en général, ne liquéfient pas la gélatine, donnent des cultures à coloration blanc-jaunâtre en gélatine, en agar, surtout avec des bords frangés, irréguliers — chauffés enfin à la température dysgénésique de 42° et au-dessus, ils semblent pousser avec plus de vigueur et surtout plus de rapidité.

Et maintenant quelle est l'action pathogène de ces microbes ?

Tout d'abord considérés en masse, c'est-à-dire cultivés en bloc, ils donnent lieu à certains phénomènes que nous grouperons sous trois séries principales :

1° En semant des cultures de bactéries de l'urèthre normal obtenues sur gélose ou bouillon, dans des ballons d'urine stérilisée, j'ai vu comme M. Raymond, au bout de 48 heures d'étuve (33-35°), se produire un trouble de l'urine s'accroissant avec la température et le temps. Je n'oserais point dire que ce trouble fût de la cystite, car réciproquement, j'ai ensemencé sur les mêmes milieux des urines vésicales louches, qui présentaient au microscope des microbes en plus ou moins grande quantité, et sont restées stériles : particularité qui confirme ce qu'on savait déjà, à savoir, que la cystite n'est pas la conséquence forcée de l'arrivée ou de la présence des microbes dans la vessie, et que son mécanisme comporte autre chose.

2° Des cultures jeunes des mêmes saprophytes injectées à la dose de 4 à 5 cm. cubes sous la peau de lapins ou de cobayes, donnent lieu exceptionnellement à des abcès, mais produisent presque toujours de l'empâtement autour du point d'inoculation et même de la lymphangite.

3° Des cultures jeunes (datant de 5 à 6 jours) de ces mêmes saprophytes ont réalisé, en certains cas, des phénomènes de septicémie qui ont tué les animaux (cobayes) en 10 ou 12 jours. (A l'autopsie, on trouvait les reins injectés, la rate, le foie parsemés d'infiltrats.)

Voilà, sommairement résumé, le rôle des saprophytes de l'urèthre pris en masse. Mais, est-ce à dire que leur action pathogène soit partout et toujours univoque ? Je ne le crois pas. Et si on se mettait à étudier expérimentalement tel parasite de l'urèthre, à le suivre dans ses diverses transformations, dans son mode de réaction sur tel ou tel organe, peut-être arriverait-on à établir le rôle de chacun de ces parasites? A preuve, les recherches que nous avons entreprises, M. Hugounencq et moi, pour un de ces saprophytes que nous avons étudié aussi complètement que possible, et auquel nous avons cru devoir donner le nom d'*orchiocoque* (*In* Comptes-rendus de l'Académie des Sciences, fév. 1893), en raison de la spécialisation de sa diastase sur le parenchyme testiculaire.

De cette disgression un peu longue, il résulte :

1° Que les saprophytes de l'urèthre ne jouissent pas d'une même égalité ;

2° Que, d'une façon générale et autant que l'expérimentation animale permet d'en juger, ils ne produisent que rarement de la suppuration vraie, ce qui prouve, tout d'abord, l'absence à peu près constante, soit dans l'urèthre normal, soit dans le pus blennorrhagique, des staphylocoques pyogènes, et en second lieu la propriété très facilement pyogène, des saprophytes de l'urèthre, propriété, qui, du reste, appartient aussi, comme j'ai pu le reconnaître, aux microbes du vagin. D'où il suit la rareté de la suppuration uréthrale — en dehors du gonocoque, — quel que soit le mécanisme invoqué ; ce qui nous permet, somme toute, de nous rendre compte du peu de fréquence des uréthrites saprophytiques aiguës ou primitives, alors que, par contre, on peut s'expliquer la fréquence des uréthrites non gonococciques secondaires ;

3° Que, vraisemblablement, le rôle des saprophytes est de présider aux diverses complications : cystite, orchite, prostatite, pyélo-néphrite, etc., où le gonocoque est constaté peu souvent et où il vit difficilement. De plus, les saprophytes ne paraissent pas survivre longtemps à leur action première, car il m'est arrivé dans les orchites de 18 à 20 jours, de voir les ensemencements rester stériles, ils n'auraient qu'une vitalité éphémère, peut-être peu résistante, réserve mise à part des toxalbumines qu'ils peuvent sécréter ; ce qui expliquerait peut-être aussi le peu de durée et le peu de fracas de l'uréthrite saprophytique aiguë.

Ces faits paraissent donc montrer que les saprophytes de l'urèthre — s'ils ne sont pas capables à eux seuls d'entamer l'épithélium uréthral — ne sont point quantité négligeable, et que c'est par leur intermédiaire que se produisent certaines complications. Ce sont les malades, somme toute, ayant une blennorrhagie, qui ont le plus souvent comme cause de leur cystite, orchite, etc., les microorganismes de l'urèthre ; ce qui s'explique par la migration toute naturelle des microbes à travers le canal.

Mais, à cet égard, nos connaissances sont encore trop restreintes. Une étude plus réglée, plus méthodique des parasites de l'urèthre, la séro-réaction de Widal pour les formes coli-bacillaires, permettront sans doute de mieux déterminer, à l'avenir, le rôle, la fonction de chacun d'eux. A moins que les données nouvelles, comme celles qui tendent à se faire jour — à savoir : que la spécificité vient de moins en moins de l'espèce, dont le rôle tend à s'effacer et de plus en plus du poison, dont le rôle grossit de jour en jour, — viennent démontrer que le gonocoque n'est que le saprophyte transformé en pathogène, grâce à une diastase qui, ainsi que l'a fait voir Buchner, se grefferait sur lui. Déjà en avril 1890, dans un travail présenté à la Société de dermatotogie et syphiligraphie, j'émettais quelques raisons en faveur de la non spécificité du gonocoque. Depuis, et dans le même ordre d'idées, Charrin. de Nittis, Wurtz ont montré que l'on peut, avec des microbes indifférents, arriver à produire, grâce à une diastase, des microbes franchement pathogènes et doués d'une très grande virulence. Dès lors la distinction des microbes en pathogènes et non pathogènes serait purement conventionnelle, du moment où ces recherches tendraient à prouver que la spécificité microbienne n'est pas liée absolument à l'espèce de microbes à laquelle on a l'habitude actuellement de la rapporter.

Je n'insisterai pas davantage ; l'avenir seul nous montrera ce que l'on doit penser de ces données nouvelles qui peuvent arriver à modifier du tout au tout nos conceptions sur la production des maladies infectieuses. Je constaterai toutefois que ces idées paraissent avoir singulièrement progressé dans ces dernières années.

Symptomatologie. — Cette symptomatologie est-elle différente de celle de l'uréthrite gonococcique ordinaire ? On a prétendu que la réaction de la muqueuse était moins considérable, l'incubation plus courte, la douleur à la miction et à l'érection moins vive, le pus moins jaune, moins abondant, la durée de la maladie moins longue, et enfin que les complications, soit immédiates ou éloignées, étaient rares ou même nulles. Cette différence est peut-être plus apparente que réelle, car de même qu'il y a des blennorrhagies bénignes, il peut y avoir des uréthrites non gonococciques plus ou moins graves. On ne peut donc pas tirer un caractère différentiel du fait de l'écoulement lui-même, mais seulement de l'examen microscopique, car même au point de vue des complications, elles peuvent survenir aussi bien dans un cas que dans l'autre. Toutefois, on peut dire, d'une façon générale, que l'uréthrite, saprophytique est une uréthrite peu intense.

*
* *

Quant aux *uréthrites non gonococciques secondaires*, ce sont de beaucoup les plus fréquentes, ce sont celles qui surviennent dans la période de déclin ou période chronique de la



gonorrhée. Avec Audry, je les diviserais volontiers en suppurées et muco-albumineuses.

Uréthrites suppurées. — Elles sont caractérisées par la production d'un écoulement plus ou moins abondant affectant parfois l'allure d'une forme aiguë et faisant croire à une récidive. On y trouve parfois quelques rares gonocoques disséminés par petits groupes dans les leucocytes, indépendamment des autres parasites : ce sont les *uréthrites mixtes*. L'inflammation peut ne pas se cantonner à l'urèthre antérieur mais envahir l'urèthre postérieur et donner lieu à des mictions plus fréquentes, douloureuses même, à un trouble de l'urine. D'autres fois, l'uréthrite est constituée par un écoulement purulent, séro-blanchâtre ou plus ou moins jaunâtre, tachant le linge et présentant des alternatives de recrudescence et de période chronique. Ces suintements sont souvent fort tenaces et correspondent à la blennorrhée la mieux caractérisée. Ici alors le gonocoque est absent, d'autres parasites, en nombre variable, en formes multiples, le remplacent sans qu'il soit possible de les classer, c'est qu'ils n'occupent à peu près jamais les leucolypes. Peu ou même pas influencés par le coït, les excès de boissons, ils guérissent toujours difficilement. Au surplus ; de même que les parasites, l'écoulement varie d'un moment, d'un jour à l'autre, en ce sens qu'il est parfois blanchâtre, parfois séro-purulent, d'autres fois enfin se confond avec la forme albumineuse que nous décrirons plus loin.

A quelle nature de matière ou de substance chimique appartiennent ces diverses sécrétions ? Serait-il possible de savoir quand tel ou tel élément prédomine, s'il tient plus particulièrement à un état pathologique de la muqueuse ou des glandes, etc. ? Toutes notions qui, à mon sens, seraient fort intéressantes à connaître, mais qui, pour l'instant, sont entourées de la plus grande obscurité. Pourtant, ce qu'il est permis d'avancer, c'est que toutes ces sécrétions uréthrales, quelles qu'elles soient, ne donnent point la réaction caractéristique des matières albuminoïdes, alors que, chose singulière, la sérosité articulaire provenant d'un rhumatisme blennorrhagique, donne, par les réactifs du biuret et de Millon, la coloration rose-violet, caractéristique des matières albuminoïdes.

En résumé, cette variété d'uréthrites post-gonococciques est multiple, quoique composée d'éléments qui, considérés isolément, se retrouvent dans toutes les sécrétions uréthrales ; mais, avec ces variations de microbes, avec la diversité de sa composition d'un jour à l'autre, elle constitue une sorte de protée qui est loin de présenter la régularité, l'uniformité de composition de l'uréthrite gonococcienne et dont le traitement est toujours compliqué et guère méthodique.

Uréthrites muqueuses ou muco-albumineuses. — Ces dernières sont souvent séro-muqueuses, au lieu d'être exclusivement albumineuses. Elles correspondent à l'uréthrorrhée de Diday. C'est une mucosité transparente et visqueuse qui en fait le principal caractère. Ce suintement presque incolore, peut être le résultat d'une sécrétion uréthrale. Dans le premier cas, le présence des gros corpuscules intra-prostatiques, et parfois de quelques spermatozoïdes, suffit pour établir l'origine du suintement : dans le second cas, l'exsudat, quoique incolore, est constitué par un plus ou moins grand nombre de leucocytes mélangés à des cellules épithéliales. Parfois, dans cette sécrétion, pullulent des microorganismes de toute espèce, sans qu'on en trouve à peu près jamais dans les leucocytes ; parfois, au contraire, on en trouve si peu ou même pas, au point qu'on peut considérer ces suintements comme aseptiques, alors surtout que les ensemencements restent stériles. Le linge du malade n'est pas taché, parce que le plus souvent le suintement est peu accusé. Il existe parfois de la sensibilité à la miction et à l'éjaculation, surtout lorsque la prostathorrée est en cause. Enfin, il y a aussi des œdèmes du méat, fugaces, intermittents, mais s'accompagnant fréquemment d'un collement des lèvres. D'autres fois ou en même temps, le jet est tortillé, brisé, en raison de l'altération mécanique de la miction. Aussi est-ce dans cette catégorie d'uréthrites qu'il faut procéder avec soin à l'examen du calibre uréthral, qui est parfois rétréci. Aussi faut-il avoir recours à la dilatation pour rétablir le calibre du canal et au nitrate d'argent pour faciliter la réparation de la muqueuse. Encore qu'il y a bien des cas où cette médication ne donne aucun résultat ; et le suintement alors de s'éterniser, sans qu'on puisse ni en constater la cause, ni saisir la méthode thérapeutique efficace en l'espèce.

Néanmoins, il faut retenir que ces uréthrites, quoique atténuées, quoique peu réactionnelles, offrent un certain degré de gravité, car elles se compliquent assez fréquemment de cystite latente ou d'uréthro-cystite plus ou moins aiguë, d'orchite, de prostatite, qu'à chacune de leurs poussées nouvelles du côté de l'urèthre, il se produit une poussée du côté des séreuses chez les sujets antérieurement atteints de complications parablennorrhagiques.

***

Quelle est la *pathogénie* de ces diverses uréthrites ? Faut-il accuser le coït, les irritants chimique, traumatique, congestif ? Etiologiquement parlant, nous croyons savoir que le gonocoque prépare le terrain à l'effet de mettre en fonction les saprophytes, et par là même contribue à créer certaines uréthrites. Mais les autres, les primitives, celles qui se déclarent en dehors de l'action du gonocoque, pour lesquelles on invoque le traumatisme, le coït, la masturbation, les ingesta, etc., comment s'expliquent-elles ? J'avoue, pour ma part, ne pouvoir apporter pour ou contre aucun argument vraiment scientifique. Aussi, en présence des hypothèses, j'aime mieux rester dans le doute.

***

De même, ces uréthrites sont-elles *contagieuses* ? L'homme peut-il contaminer la femme et *vice versa* ? C'est là encore une question difficile à résoudre, que l'expérimentation, que les inoculations pourraient peut-être contribuer, sinon à fixer, du moins à éclairer. Sans doute, il existe chez l'homme des saprophytes, mais il en existe également chez la femme, et la flore vagino-uréthrale de celle ci ne paraît pas tellement s'éloigner de celle de l'homme que l'on puisse reconnaître dans les deux sexes des espèces microbiennes bien distinctes. Quel est alors le rôle de l'une ou l'autre espèce microbienne dans l'un ou l'autre sexe ? Pendant le coït, faut-il accuser une sorte d'aspiration qui fasse que les microbes du vagin soient absorbés par l'urèthre masculin, ou bien faut-il accuser des diastases qui opèrent suivant des conditions à déterminer ? A toutes ces interrogations, le mieux est de répondre encore par le doute, car je crois que le problème est plus complexe qu'on ne semble le croire. A côté du polymorphisme et du transformisme des microbes — choses admises à l'heure actuelle — il faut placer cette autre question des toxalbumines à peine ébauchée, qui va sans doute reporter plus loin le mécanisme de la pathogénie ou de la contagion, que l'on croyait devoir consister exclusivement dans la présence du microbe ; en dernière analyse, derrière le microbe se cache son poison.

Quant au *traitement*, il ne comprend rien que nous ne connaissions déjà : il se confond avec tous les modes et méthodes de thérapeutique qui sont usités dans le cours de la blennorrhagie, qu'elle soit aiguë ou chronique, qu'elle soit ou non gonococcique.

(*Echo médical*, Lyon 15 janvier 1898.)

FIBROME POLYKYSTIQUE MALIN DE L'UTÉRUS

Par le Dr Vitrac (Junior),

Chef de clinique chirurgicale à la Faculté de Bordeaux.

(*Travail de la clinique de M. le Professeur Lanelongue et du Laboratoire des cliniques de M. le Professeur agrégé Sabrazès.*)

—

I

Parmi les tumeurs malignes de l'utérus, il existe en dehors de l'épithélioma, et du déciduome malin que son origine spéciale ne permet pas de séparer de la pathologie de l'utérus post-gravidique, toute une série de néoplasmes qui ont été décrits sous le nom de sarcomes.

Ces sarcomes répondraient cliniquement à deux types principaux : 1° le sarcome circonscrit ou interstitiel (1) ; 2° le sarcome diffus ou sarcome de la muqueuse (2).

On accorde au premier les caractères anatomiques des tumeurs fuso-cellulaires ; au second, les caractères des tumeurs molles, globo-cellulaires.

Le sarcome de l'utérus, enfin, pourrait se développer dans un organe jusque-là normal, ou au contraire dans un organe déjà en voie d'hyperplasie fibreuse ou musculaire. Cette association du sarcome avec le fibro-myome, classiquement adoptée, varierait cependant dans ses modes de production et d'évolution. Aussi pour la désigner voit-on figurer les dénominations complexes de : « fibrome récidivant, tumeur myxo-sarcomateuse, sarcome kystique, fibrome kystique à évolution rapide, fibro-sarcome, myo-sarcome... etc., etc... » ou encore « récidive sarcomateuse d'un fibrome utérin (Colles), dégénérescence sarcomateuse du fibro-myome (Delbet), évolution sarcomateuse des fibro-myomes utérins (Pilliet), etc., etc... » (3).

Mais aujourd'hui il importe de se demander ce que sont en réalité ces sarcomes utérins ? Car on tend à diminuer singulièrement la compréhension du genre sarcome : certains voudraient même le rayer en entier du cadre des tumeurs (4).

Déjà les endothéliomes ont pris une part de ce qui revenait au sarcome ; et actuellement on s'efforce de trouver dans les caractères morphologiques des cellules néoplasiques la filiation qui les rattache directement aux tissus adultes au milieu desquels elles se sont développées ; on conclut alors que les prétendus sarcomes ne sont que des fibromes, des myomes en voie d'évolution.et qu'ils ne représentent qu'une étape transitoire dans leur développement.

Dès lors, pourquoi conserver aux tumeurs de ce genre le nom de « sarcome » qui a le désavantage, tout en caractérisant parfaitement leur forme clinique, d'impliquer l'idée d'une dualité anatomique ? Il importe, au contraire, pour les définir, « de ne tenir compte que des parties de la tumeur qui ont achevé leur évolution (5) ».

Pour un « sarcome » de l'utérus en particulier, que l'on trouve de quoi prouver que les éléments néoplasiques sont issus des cellules conjonctives ou des cellules musculaires, la tumeur ne sera plus qu'un fibrome, un myome en voie d'accroissement rapide, et susceptible même de présenter tous les caractères de la « malignité ».

L'observation que nous allons rapporter est précisément celle d'un « fibrome polykystique malin (6) ». Nous l'avons recueillie à l'hôpital Saint-André de Bordeaux, dans le service de notre maître, M. le professeur Lanelongue (avril 1897).

II

Observation. — Mlle F.., 34 ans, sans profession, entre à l'hôpital Saint-André, dans le service des Dames payantes, chambre 7, pour une volumineuse tumeur abdominale ayant débuté il y a 4 ans.

Dans ses antécédents héréditaires ou personnels, rien de spécial à signaler. Les premières règles, survenues à 12 ans, ont été depuis absolument normales ; très régulières, elles durent 5 à 6 jours, sans douleurs. Pas de pertes blanches. Pas de grossesses.

La malade remarqua pour la première fois, il y a 4 ans, que son ventre augmentait de volume dans l'ensemble, sans qu'elle pût préciser qu'un point fût plus spécialement en relief. Puis, progressivement, sans douleurs, sans modifications des règles, sans autre trouble fonctionnel que de légères épreintes vésicales, sans modification de l'état général, la tuméfaction du ventre a atteint en 1896 le volume qu'elle possède actuellement.

Depuis un an elle est donc restée stationnaire.

Quand on examine la malade, dans le décubitus dorsal, on est frappé tout d'abord par la forme arrondie du ventre, l'augmentation de volume ayant porté à la fois dans toutes les régions : les flancs sont un peu élargis, comme dans le ventre du batracien, et la voussure médiane semble dépasser l'ombilic. La peau est mobile, normalement colorée, pas de vascularisation excessive.

A la palpation, on reconnaît l'existence d'une tumeur qui plonge dans l'excavation et qui s'étend aussi dans la grande cavité abdominale ; sa surface semble régulière, mais ses limites sont assez difficiles à apprécier, la tumeur paraissant s'étaler dans tout le ventre sans dépasser toutefois l'ombilic. La consistance de la tumeur est uniformément mollasse, peut-être fluctuante. Elle est peu mobile, sans doute à cause de son grand volume, plutôt qu'en raison d'adhérences pathologiques, car à sa surface, les masses intestinales se déplacent facilement. La matité s'étend à la seule région sus-pubienne pour diminuer insensiblement jusqu'à la zone sonore qui recouvre le reste de la tumeur. Pas de modifications de la matité dans les diverses positions données à la malade.

Par le toucher vaginal, on reconnaît que l'utérus est très remonté : le col, dont l'orifice est punctiforme, est lui-même petit, non dévié, et caché très haut sous le pubis. Les parois vaginales sont comme étirées, et l'exploration des culs-de-sac ne permet pas de constater à leur niveau la saillie de la tumeur. Les mouvements de celles-ci se transmettent très obscurément au col. L'hystérométrie n'a pas été pratiquée.

L'état général de la malade est excellent ; les urines normales. Aucune lésion des différents appareils.

En présence de ces symptômes, l'idée d'une tumeur de l'utérus ou des ovaires s'imposait, et en raison de l'indolence de la tumeur, de sa consistance molle et élastique probablement liquide, en raison de son étalement dans tout le ventre et le petit bassin, notre maître porta le diagnostic de kyste ovarique. Malgré l'accalmie survenue depuis un an, l'extrême rapidité du développement dans les trois premières années, la jeunesse même de la malade, imposaient en outre un caractère de certaine malignité à la tumeur qui devait répondre au type cysto-épithéliome, et qui réclamait ainsi une intervention hâtive. Elle eut lieu le 28 avril 1897.

Le ventre ouvert, on est en présence d'une tumeur à surface lisse, encapsulée, de coloration rouge violacée. Elle offre sous le pubis, au bas de l'incision abdominale, une saillie arrondie du volume d'un très gros poing, au-dessus de laquelle un sillon léger limite une deuxième masse. Celle-ci est plus volumineuse ; ses limites semblent se perdre en haut et dans les flancs. Une main qui explore le ventre ne peut arriver à en dépasser les contours ; même impossibilité après agrandissement de l'incision. M. Lanelongue essaye alors de séparer la masse principale, de la tumeur sous-pubienne qui doit représenter l'utérus. Une incision de la capsule est donc faite dans le sillon de leur séparation ; mais toute tentative d'énucléation est impossible, car le tissu de la tumeur au-dessous de son enveloppe se montre sous forme de cordons élastiques, résistants, de couleur rougeâtre, intriqués, et limitant des parties kystiques ; à leurs extrémités, de petits renflements sphériques paraissent appendus. L'exploration de ces tractus conduit dans la direction du vagin vers des parties plus largement anfractueuses qui doivent être ou le vagin ou l'utérus. Une deuxième fois, l'incision est agrandie, jusqu'à l'appendice xiphoïde.

Le pôle supérieur de la tumeur peut alors être soulevé, et le mouvement de bascule imprimé, fait saillir du petit bassin une autre masse, intermédiaire comme grosseur aux deux précédentes.

Les ligaments larges s'insèrent sur la tumeur la moins volumineuse, celle qui est sous le pubis, la plus basse et la plus antérieure : ils sont sectionnés ainsi que le pédicule inférieur de la tumeur. Celui-ci, la vessie ayant été reconnue et détachée en avant, est bien le vagin : on a donc enlevé en même temps que tout l'utérus un néoplasme y attenant.

Drainage et tamponnement transvaginal.

Suites opératoires, excellentes : la guérison, un peu retardée par une légère poussée de bronchite, était cependant complète au bout d'un mois, et à ce moment la malade quittait l'hôpital.

Examen macroscopique. — La tumeur, du poids de 8 kilogr. 850, est constituée par deux énormes masses, dont l'une, supérieure, à grand axe vertical (la pièce examinée est dans la situation qu'elle aurait sur la malade debout) est la plus volumineuse, présentant 20 centimètres de haut sur 15 de large. Elle a la forme d'une outre gonflée ; la partie rétrécie est séparée par une légère dépression de la seconde masse ; c'est à travers cette dépression que font hernie, les parties de la tumeur mises à nu par les tentatives de décortication faites pendant l'opération. La seconde masse, globuleuse, grosse comme une tête et irrégulièrement arrondie, est perpendiculaire à la première : elle était en effet placée entre le pubis et la concavité du sacrum. On peut y décrire un lobe anté-

(1) Terrillon. *Bull. gén. Thérap.*, 1890, p. 496.

(2) Aubry. Th. Paris, 1895-96. — Gaymann. Th. Paris, 1893-94.

(3) D'après Laurent, on pourrait établir les subdivisions suivantes : 1° Cas de fibromes purs ; 2° cas de sarcomes purs ; 3° coexistence du sarcome et du fibrome ; 4° cas de tumeurs en partie sarcomateuses, en partie myomateuses (myo-sarcomes) ; 5° cas de fibrome en voie de dégénérescence sarcomateuse (myomes sarcomatoïdes de Williams par transformation des cellules musculaires du myome) ; 6° récidives sous la forme sarcomateuse succédant à des fibromes extirpés. (*La Clinique*. Bruxelles, 1894, p. 631.)

(4) J. Paviot et L. Bérard. *Arch. de méd. expér.*, juillet 1897, p. 819.

(5) Ch. Regaud. Du fibrome musculaire dissociant à évolution maligne *Arch. de méd. expérimentale*, 1896, VIII, p. 58.

(6) Sous le nom de *cancer musculaire lisse*, MM. Paviot et Bérard (*loc. cit.*) viennent de décrire, en les séparant du sarcome, des myomes malins qui doivent être les analogues de « notre fibrome malin ». Nous ne pensons pas qu'il soit indispensable, pour caractériser cette malignité, d'avoir un terme spécial. Néanmoins, si nous voulions adopter le mode de dénomination de ces auteurs, nous devrions appeler « cancer fibreux de l'utérus » la tumeur que nous allons étudier.

rieur sous-pubien, qui correspond à l'utérus coiffé de son ligament large ; un lobe postérieur qui plongeait dans le Douglas ; celui-ci est un peu irrégulier, formant deux bosselures au milieu desquelles émerge le col utérin.

La coloration pour toute la tumeur varie du rose foncé au rouge et au rouge violacé. La surface est lisse et polie : il n'y a pas trace d'adhérences. Çà et là, vaisseaux qui se sont vidés, après section des pédicules ligamenteux et vaginaux. La consistance de la tumeur est élastique partout, rénitente, fluctuante ou pseudo-fluctuante par endroits.

Quand on examine la tumeur, les parties irrégulières et végétantes qu'on voit à sa surface sont celles que la déchirure de la capsule a mises à nu. Cette capsule existe partout à la périphérie : continue avec les ligaments larges, elle représente évidemment le péritoine ; il faut donc en conclure que la tumeur était sous-péritonéale. Si on fend la tumeur en long à partir du col, on constate la structure suivante : un tissu villeux, élastique, irrégulier, semblant formé de faisceaux pelotonnés et mêlés, constitue la charpente solide ; au milieu de la coupe un gros kyste, puis sur tout ce qui reste de la surface, des kystes plus petits et des espaces lacunaires qui ont un contenu séreux, tel est l'aspect d'ensemble des tumeurs.

Mais il est utile d'entrer plus avant dans le détail de chacune des parties qui les constituent.

A. — Dans la tumeur principale, on trouve :

1° Des grappes de petits appendices pédiculés ; ils ont une consistance mollasse, ou sont un peu plus résistants comme de petits fibrolipomes, quelques-uns ressemblent à des grains de molluscum ; ou bien ils sont kystiques, d'autres sont tremblotants, d'aspect gélatineux, on en voit avec une teinte vineuse qui sont nettement fluctuants. Ce qui forme la charpente de ces grappes est une sorte d'amas de cordons rougeâtres plus ou moins accolés entre eux. Ils se perdent dans une intrication singulière, ou sont simplement parallèles ; ils se confondent peu à peu avec des parties d'un autre aspect.

2° Le reste des coupes est en effet un tissu blanchâtre, criant sous la scalpel, qui limite des kystes à contenu d'aspect colloïde. Ce tissu blanc se présente sous forme de bandes irrégulièrement stratifiées. Dans leur centre on trouve des cavités aréolaires contenant ce même liquide jaunâtre onctueux ; ces cavités sont plus étendues. Au premier examen ces masses simulent des hydatides ; à un examen microscopique extemporané, elles sont constituées par un feutrage de tissu cellulo-élastique dans les mailles duquel on trouve des cellules granuleuses ; çà et là quelques hématies, du pigment hématique, des vésicules graisseuses ; on dirait une série de boules d'un œdème gélatineux.

B. — La deuxième partie de la tumeur, celle qui correspond à l'utérus et aux deux prolongements postéro-latéraux du Douglas, est constituée par une série de poches, qui sont assez voisines les unes des autres. Elles sont au nombre de quatre dont l'une, la plus inférieure, correspond à la cavité utérine (ou ce qui en reste) ; car c'est à son niveau que sont les attaches des ligaments larges avec les annexes qui, de chaque côté, ne sont nullement altérées.

En réalité, il ne reste que la cavité du col utérin, libre sur une hauteur de 3 centimètres avec une muqueuse d'apparence saine. Au-dessus, le conduit cervical reçoit sous forme de bouchon un amas de saillies végétantes, suspendues à autant de tractus qui s'insèrent au fond de ce qui fut la cavité utérine. La coque utérine est formée en effet par un tissu villeux formant un très grand nombre de franges supportant chacune comme des petits glands et constituant une série de pendeloques charnues d'un blanc rosé, molles au toucher, ne paraissant pas kystiques. Ce paquet de villosités est bien l'analogue de celui que nous avons décrit dans la masse principale de la première tumeur ; au reste, les deux paquets se continuent mutuellement, s'emboîtant réciproquement par leurs prolongements, et c'est un même tissu végétant, pelotonné et chargé de végétations qui forme les cloisons qui séparent les unes des autres les poches qui nous restent à décrire dans la deuxième tumeur.

L'une de ces poches est en arrière et au-dessus de l'utérus : une série de tractus relie sa paroi aux végétations sus-décrites et aux petits kystes qui les séparent. Son volume est celui d'un œuf de poule ; sa paroi est résistante, d'un blanc grisâtre ; on peut la décoller en partie de ce qui reste de la coque utérine, sauf les brides qui la réunissent au paquet villeux, dont elle n'est en réalité qu'une dépendance. Ce kyste ouvert contient : une deuxième paroi de consistance gélatiniforme de teinte violacée ; puis à l'intérieur, des verrucosités d'un blanc hyalin, très dures, d'aspect papillaire. Ces villosités secondaires sont ou bien disséminées sur la poche, ou bien agglomérées et forment un bloc mamelonné du volume d'une noix.

Une troisième poche, sur les côtés du col et de la tumeur-utérine, est séparée de celle-ci par une toile membraneuse ; son volume est celui d'un œuf d'autruche ; son contenu paraît irrégulier et dur ; et en effet, elle contient des noyaux d'un blanc grisâtre, donnant du suc à la coupe, de consistance assez molle, ayant tout à fait l'aspect de masses « sarcomateuses » avec des sinuosités veineuses sillonnant leurs interstices. Ces masses sont marronnées, villeuses, séparées par des kystes. Ces kystes contiennent un tissu qui se laisse facilement déchirer, blanc jaunâtre ; il est également élastique, se laissant étirer, un peu filandreux lorsqu'on le dissocie. Ce sont des fibrilles conjonctives et élastiques, boursouflées, qui contiennent un liquide qui gonfle les kystes.

La quatrième poche, du côté opposé de l'utérus, à droite et un peu en arrière, intermédiaire aux deux grandes masses qui constituent toute la tumeur, donne au toucher la sensation de crépitation neigeuse ; on y devine encore une série de nodosités. On ouvre cette poche : elle est franchement kystique, composée de plusieurs cavités aréolaires. Et sur les parois, les irrégularités senties sont d'un blanc nacré, finement pédiculées. (*Annales de gynécologie et d'obstétrique*, janvier 1898.)

(*A suivre.*)

REVUE ANGLAISE

Johnson-Alloway. — TAMPONNEMENT DU BASSIN A LA GAZE DANS LES OPÉRATIONS GYNÉCOLOGIQUES. (65e Congrès de l'Assoc. med. angl. *Brit. med. J.*, 23 oct. 1897.)

Par tamponnement, il ne faut pas entendre drainage, mais emplissage du bassin avec de la gaze, dans un but hémostatique, lorsque l'hémorrhagie se fait en nappe sur des surfaces lacérées par la disjonction des adhérences.

Le malade étant dans la position de Trendelenburg, on refoule le paquet intestinal, afin de ne pas en enserrer une anse, puis on tamponne les surfaces suintantes avec une longue bande de gaze aseptique, en quantité suffisante pour que le tamponnement trouve une contre-pression dans les parties résistantes voisines : utérus, squelette, muscles obturateurs, ligaments larges. La quantité de gaze employée, varie suivant les cas sans excéder plus de 1 à 4 m.. Lorsque le bassin est rempli, on introduit un tube de caoutchouc de 1 cm. de diamètre en faisant avec le doigt un canal qui longe la face postérieure de l'utérus : une portion de la gaze sort le long du tube en dehors de la plaie et celle-ci est suturée au catgut pour le péritoine, aux crins de Florence pour les parties molles. La gaze est restée de 2 à 30 jours sans que le liquide recueilli ait jamais donné de cultures. Si on la retire au bout de 6 ou 9 jours, on éprouve quelque difficulté à cause des adhérences ; mais plus tard, elle s'entoure d'une couche de sérosité qui en rend l'extraction facile.

La cavité se comble vite après le retrait de la gaze, autour du tube qu'on laisse en place, afin que la cicatrisation soit conduite du fond vers l'orifice. Les malades supportent étonnamment bien ce tamponnement sans être gênées par sa pression et sans que le fonctionnement, naturel ou provoqué de l'intestin soit gêné en rien. Le tamponnement agit en permettant, entre la surface saignante et la gaze, la formation de caillots lesquels, après avoir fait l'hémostase, se résorbent ou s'organisent, étant aseptiques.

Henri Briggs. — DIAGNOSTIC PRÉCOCE DU CANCER DE L'UTÉRUS. (Soc. obst. et gynéc. du Nord de l'Angleterre, 15 oct. 1897. *Brit. med. J.*, 30 oct. 1897.)

L'argument opposé par les anciens gynécologues à l'introduction de l'hystérectomie, à savoir la difficulté du diagnostic précoce du cancer utérin possède encore aujourd'hui de la valeur. La mortalité opératoire a diminué, mais le fait subsiste que la lésion est presque toujours trop avancée lorsqu'on entreprend l'opération radicale. Le chirurgien doit déplorer les méthodes empiriques. Les tentatives de traitement par la curette avant l'assise du diagnostic et la facilité avec laquelle on se contente d'un examen sous le robinet plutôt que d'un contrôle de laboratoire. L'utilité du microscope ne fait pas de doute, sauf pour certains cas d'adénome. Le carcinome ordinaire peut être décelé au début par le microscope bien mieux que par la clinique. L'auteur appuie son dire de projections microphotographiques de préparations d'adénome et de carcinome et montre la gradation qui existe entre les glandes normales et l'adénome malin, et entre les cellules cylindriques des glandes normales et les stratifications épithéliales du carcinome.

Furneaux Jordan. GROSSESSE TUBAIRE. (Soc. méd. du Centre, 1er déc. 1897. *Brit. med. J.*, 1 janv. 1898.)

Deux spécimens : 1° grossesse tubaire non rompue, siégeant à l'extrémité utérine de la trompe, le pavillon restant libre et ouvert. La malade avait subi 8 ans auparavant, l'opération d'Alexander et, 4 ans plus tard, une salpingectomie pour hydrosalpinx. Après un retard de 2 semaines, douleur vive et collapsus, puis écoulement hémorrhagique discontinu. A l'examen, on trouve une tumeur



distincte à droite, en arrière et au-dessus de l'utérus. Ablation du specimen présenté. Guérison.

Deuxième pièce représentant un avortement tubaire : l'hémorragie s'était faite par le pavillon et dans une poche kystique de l'ovaire qui lui était adhérente. Les adhérences s'étaient distendues de telle sorte que des stratifications de caillots avaient pu se former entre la trompe et l'ovaire. Histoire clinique à peu près identique à la précédente. Issue, la veille de l'opération, d'une caduque utérine en 2 morceaux. Guérison rapide.

REVUE BELGE

Rochet. — GROSSESSE SOUS-PÉRITONÉO-PELVIENNE DE 12 MOIS. EXTRACTION PAR LA LAPAROTOMIE D'UN ENFANT A TERME MACÉRÉ. GUÉRISON. (*Journal d'accouchements*, 23 janvier 1898.)

M. C., âgée de 34 ans, ménagère à V., entre à l'hôpital Stuivenberg le 2 juin 1897. Cette femme, mariée depuis 9 ans, a deux enfants âgés l'un de 5 ans, l'autre de 7 ans. Les accouchements ont toujours été physiologiques. La malade a toujours été normalement réglée et n'a jamais rien ressenti du côté des organes génitaux, avant les faits que nous allons relater.

Le 11 juin 1896, elle a eu ses règles pour la dernière fois et s'est crue enceinte dès ce moment, car à côté de la suppression des règles, elle constate les modifications des seins, les troubles du côté des systèmes nerveux et sympathiques, etc., comme lors de ses grossesses précédentes.

Vers la fin du mois d'août elle eut une métrorragie assez abondante, précédée de coliques et crut à un avortement. Le médecin de la localité, consulté à ce moment, examina la femme et constata l'existence d'une tumeur remontant jusqu'à mi-chemin entre la symphyse pubienne et l'ombilic et qu'il prit pour l'utérus gravide. A cette époque aussi, la malade eut une rétention d'urine qui persista quelques jours, disparut spontanément pour ne plus reparaître dans la suite. La grossesse continua à évoluer, la tumeur augmenta progressivement de volume, le terme physiologique de la grossesse se passa sans aucun phénomène appréciable, lorsqu'au mois de mai 1897, c'est-à-dire 11 mois environ après le début supposé de la grossesse, survinrent des métrorragies abondantes et des douleurs analogues à celles du travail qui forcèrent la femme à prendre le lit, persuadée d'ailleurs qu'elle allait accoucher. Le médecin, rappelé, examina la femme de nouveau et après une consultation avec un collègue du voisinage, décida de la faire entrer à l'hôpital Stuivenberg. Interrogée à ce moment, elle déclara ne s'être jamais aperçue que l'enfant vivait ; ajoutons aussi qu'elle n'avait plus eu de rapports sexuels depuis juin 1896.

Elle se présenta à la consultation du Dr Rochet, qui, après l'avoir examinée avec le médecin traitant, conclut à une grossesse extra-utérine sous-péritonéo-pelvienne probable, rompue dans le ligament large droit, où elle se serait développée. Il engagea la malade à entrer à l'hôpital pour être examinée sous chloroforme.

Entrée le 2 juin dans cet établissement, elle fut soumise à cet examen le lendemain.

Le ventre est volumineux, tendu, légèrement douloureux à la pression : la palpation permet de reconnaître l'existence d'une tumeur remontant au-dessus de l'ombilic, ayant le volume d'un utérus à terme ; la tumeur est mate, fluctuante, donnant par place la sensation d'un corps dur, flottant dans un liquide changeant de consistance pendant l'examen ; les flancs sont libres et sonores.

Au toucher vaginal, on rencontre à la paroi antérieure une sorte de languette qui pend dans la cavité et ressemble à un kyste pédiculé ou à une frange muqueuse et molle, assez flasque, ressemblant de très loin à une lèvre du col modifiée dans sa forme et sa consistance. — Dans le cul-de-sac postérieur, on sent une grosse tumeur rénitente, de même nature que celle sentie par le palper, et en relation évidente avec elle, car tous les mouvements communiqués d'un côté sont transmis directement de l'autre.

En faisant le toucher dans la position genu-pectorale, on parvient plus facilement à ce qui semble être le col et on a la sensation d'y pénétrer ; il est refoulé à gauche : il est d'ailleurs impossible de délimiter l'utérus et d'y introduire un hystéromètre.

On a, dans le cul-de-sac de Douglas, la sensation vague, derrière une masse liquide, de parties solides, difficilement perceptibles.

Pendant cet examen, la femme perd un peu de sang. Le toucher rectal, d'ailleurs très difficile à cause de la compression du rectum, indique que la tumeur est plus développée à droite qu'à gauche. La marche du développement de cette tumeur, les symptômes de la grossesse au début, les phénomènes dus à la rupture, ainsi qu'au faux travail vers le terme, rapprochés des signes objectifs constatés sous le chloroforme, confirmaient le diagnostic posé par le Dr Rochet dans son cabinet et l'opération fut décidée.

Le lendemain de cet examen, on tente d'obtenir une photographie Rœntgen de la tumeur abdominale. Plusieurs essais restent infructueux. Tout au plus peut-on voir sur le cliché une zone plus noire du volume, d'une tête de fœtus environ près de la paroi abdominale antérieure. Le cliché ne donne aucun indice de côte ou d'un os long quelconque. La femme se plaint de vagues douleurs abdominales, perte d'appétit, etc. Malgré cela, son état général est bon. La température prise le soir de son entrée et du jour de l'examen est de 38°2 le premier et de 38°4 le second soir, pour retomber à la normale le matin.

L'opération est décidée pour le 6.

Après les soins d'antisepsie habituels, la paroi abdominale est incisée sur une longueur de 15 ctm. environ de l'ombilic à la symphyse pubienne et met à nu la tumeur : sac fœtal inclus dans le ligament large droit. La première incision de la tumeur porte sur l'insertion placentaire et donne lieu à une perte sanguine assez considérable que l'on maîtrise par la compression directe. L'incision recommencée à un autre endroit et en dehors de l'insertion du placenta, donne issue à un liquide brunâtre. La main introduite dans la poche ainsi ouverte, permet au chirurgien d'en retirer l'enfant (fœtus à terme macéré). En présence de l'hémorragie, toujours assez forte, on se borne à l'extraction fœtale, sans essayer celle du placenta. Le cordon est coupé et lié et on suture les parois du sac à la plaie abdominale. Après un lavage minutieux de la cavité du sac, au moyen d'une solution chaude de formol, on tamponné à la gaze neutre stérilisée et l'on met un pansement aseptique après avoir partiellement réuni les lèvres de la plaie. Le soir de l'opération, la malade qui se sent bien, a une température, de 38°7. Le lendemain matin, on refait le pansement ; la gaze est retirée et après irrigation antiseptique, remplacée par un drain. Le soir température de 39°2, revenue à la normale le surlendemain matin. On refait le pansement et pour favoriser le drainage du sac et y éviter la stagnation des liquides, le docteur Rochet incise le cul-de-sac de Douglas et y introduit un gros drain double qui ressort par la plaie abdominale. Ce pansement est refait de la même façon tous les jours ; la malade va très bien. La température oscille le soir entre 38°8 et 39°3, pour tomber à la normale le matin.

Le 13, au matin, en faisant le pansement et en retirant les débris du placenta au moyen d'une pince, l'interne fut assez heureux pour retirer celui-ci complètement avec les parois du sac. L'extirpation se fit facilement, sans brusquer, en tirant doucement, au moyen de deux pinces que l'on replaçait au fur et à mesure l'une au-dessous de l'autre, tout en leur imprimant de légers mouvements de latéralité. Cette ablation s'est passée sans la moindre hémorragie. La cavité est de nouveau lavée ; le soir même, la température ne remonte qu'à 38° pour redevenir normale et ne plus s'élever dès le lendemain.

La malade va de mieux en mieux ; la plaie abdominale continue à se fermer, et, le 18, on retire le drain abdominal pour ne plus laisser que celui du Douglas, qui lui-même est retiré quelques jours après.

La plaie bourgeonnante est bientôt complètement fermée et le 15 août, la malade quitte l'hôpital complètement rétablie.

Nous avons revu la malade depuis, dans le courant du mois d'octobre. Elle est absolument rétablie, travaille comme auparavant, elle n'a aucune éventration et la menstruation est redevenue normale.

G. HODBIGE.

Réflexions. — Les cas de ce genre ne sont pas très nombreux ; on en trouve quelques-uns dans le *Traité de gynécologie* de Lawson Tait.

Ce dernier auteur conseille, lorsque le diagnostic a été fait avant l'opération, d'attaquer la tumeur par une incision courbe transversale dans le flanc ; on relève alors le péritoine, et on pénètre dans la poche.

J'avais hésité avant d'opérer entre l'incision abdominale et l'incision vaginale : Si un cas de l'espèce se représentait à moi, je ne songerais plus à l'incision vaginale ; car si on tombait sur le placenta, comme cela m'est arrivé cette fois-ci, on aurait beaucoup de difficulté à arrêter l'hémorragie au fond du vagin, les pinces hémostatiques n'étant d'aucun usage dans ces circonstances, on serait forcé de tamponner pour recommencer l'opération par la voie haute.

Malgré le bon résultat que j'ai obtenu, je crois que la voie latérale sous-péritonéale serait plus facile et plus rationnelle.

Tout ouvrage dont il sera envoyé deux exemplaires sera annoncé et analysé s'il y a lieu.

R. PICHEVIN, *Directeur-Gérant.*

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE DAIX FRÈRES.
Maison spéciale pour Journaux et Revues.



SOMMAIRE

HOPITAL BROCA.

—

TRAITEMENT DE L'INFECTION POST-ABORTUM

Par M. Pozzi, membre de l'Académie de médecine, professeur agrégé.

(*Leçon clinique recueillie le* 11 *février* 1898.)

—

Je désire vous raconter brièvement l'histoire d'une malade qui a présenté des accidents que vous aurez l'occasion de constater assez souvent soit en ville, soit à l'hôpital.

Il s'agit d'une femme jeune dont les dernières règles ont eu lieu le 18 septembre 1897. C'est autour de cette date qu'il faut chercher le commencement de sa grossesse qui a évolué normalement jusqu'au 21 janvier de cette année. A ce moment cette dame fut prise subitement, et sans cause bien appréciable, de douleurs fortes et d'une hémorragie qui se terminèrent par un avortement. Le fœtus vint d'abord et l'arrière-faix resta dans l'utérus.

La perte de sang était si abondante qu'il fallut pratiquer la délivrance artificielle avec les doigts. L'hémorragie s'arrêta et le malade se trouva très bien.

Elle ne présenta aucun signe d'infection immédiate. C'est dans ces conditions qu'elle fut laissée aux soins de son médecin ordinaire et de son mari. On lui fit des injections intra-utérines. Ce n'est qu'au bout de 7 jours que des douleurs apparurent dans le bas-ventre et que l'on constata l'existence d'une élévation thermique très nette. La fièvre n'était pas forte ; le thermomètre ne montait pas au-dessus de 38°, mais le pouls était fréquent et l'état général ne tarda pas à devenir mauvais.

C'est alors que la malade fut amenée dans nos salles. Quand elle vint ici, la température oscillait entre 38°5 et 39°, le pouls battait très vite, le facies n'était pas bon, l'état général moins que satisfaisant et la malade perdait par le vagin des matières sanieuses. Il était dès lors évident que cette femme était atteinte d'une infection sérieuse dont le point de départ se trouvait être dans l'utérus.

Quelle était la nature de cette infection et comment expliquer l'éclosion des accidents ?

On savait qu'il n'y avait pas de membranes dans l'utérus et on avait de bonnes raisons de supposer que les soins consécutifs à l'intervention dont je vous ai parlé avaient été insuffisants. Il était donc très probable que nous nous trouvions en présence d'une infection secondaire.

La purulence des sécrétions utérines et leur fétidité prouvaient qu'il s'agissait bien d'une infection secondaire de la matrice.

Dans les cas de ce genre, quelle conduite faut-il tenir ?

Après l'avortement ou l'accouchement à terme, quand il existe une élévation de la température, quand on porte le diagnostic d'infection utérine, il faut procéder immédiatement à un nettoyage de la cavité utérine.

C'est une règle absolue, et je vous invite à la bien graver dans votre mémoire.

L'injection intra-utérine peut rendre des services, c'est entendu ; mais c'est un moyen insuffisant pour arrêter la marche de la maladie.

C'est au curettage qu'il faut avoir recours. Le curettage peut être explorateur ou curateur. Quand on fait systématiquement cette opération à toutes les femmes qui ont une infection utérine, on risque — il faut en convenir — de faire une intervention inutile. En effet, les femmes dont la matrice est infectée peuvent être guéries à l'aide de lavages intra-utérins.

Mais le curettage n'est pas dangereux, même quand il est inutile. Dans ces conditions, ne suffit-il pas que le curettage rende de véritables services dans quelques cas ? Ne suffit-il pas qu'il sauve une seule femme sur cent, par exemple, pour qu'on soit autorisé à pratiquer systématiquement cette petite opération ?

Certainement il est des malades qui ont eu une infection utérine et qui ont été guéries sans avoir subi le nettoyage instrumental du l'utérus ; mais combien d'autres ont succombé parce que l'on avait négligé de pratiquer le curettage au moment opportun !

En somme, il vaut mieux faire 10 curettages inutiles et non dangereux que de ne pas pratiquer un curettage nécessaire et sauveur.

On ne sera jamais nuisible à la malade et, par contre, on lui sera parfois très utile. Il n'y a donc pas lieu d'hésiter sur la conduite à tenir.

Comment doit-on pratiquer le curettage ? Tout d'abord, je dois vous déclarer qu'il faut endormir les malades que l'on veut opérer. L'anesthésie est indispensable pour faire un bon curettage. Grâce au sommeil anesthésique, on peut palper l'utérus avec soin ; on a toute liberté dans les manœuvres ; on n'est pas troublé par les cris de la malade qui reste dans l'immobilité nécessaire pour mener à bien une opération, facile, il est vrai, mais en somme assez délicate.

Voici comment je pratique l'opération : La fixation du col de l'utérus se fait à l'aide de pinces tire-balle. J'en place une sur la lèvre antérieure du col et une seconde sur la lèvre postérieure.

A ce sujet, je dois répondre à une objection qui a été déjà faite à cette manière de procéder. Un accoucheur autorisé a dit qu'en saisissant ainsi le col de l'utérus, on ouvrait la cavité cervico-utérine et on favorisait l'entrée de l'air dans l'utérus.

Je ne crois pas que cette objection ait une grande valeur et que l'accusation ait une réelle gravité.

Il est nécessaire de bien fixer le col avec une ou deux pinces pour pratiquer le curettage. Si l'on néglige cette précaution, l'on introduit des curettes dans l'utérus et l'on manœuvre sans savoir au juste ce que l'on fait.

L'opération ne garde ses caractères de précision et de sécurité que par la fixation de l'utérus à l'aide d'une ou deux pinces.

Grâce à ces instruments, l'utérus se redresse, la cavité cervico-corporelle se laisse pénétrer aisément par l'hystéromètre et la curette ; on peut explorer la cavité de l'utérus avec soin et avec précaution. Et il est d'autant plus nécessaire d'agir avec circonspection que les parois utérines infectées sont molles, friables et parfois très minces. La fixation utérine permet de percevoir la limite de la cavité utérine. Il faut, chez ces femmes à utérus si friable, gratter avec douceur, caresser la paroi pour enlever les parties infectées, frotter doucement toute la surface interne de la matrice.

Dans les cas ordinaires, j'emploie ma curette que vous connaissez bien. Si les débris placentaires étaient assez gros, il serait préférable de se servir d'une curette semblable à celle de Volkmann. Enfin, si les débris sont très volumineux je me sers d'une énorme curette qui est en usage pour le grattage de la vessie.

Non seulement il faut savoir gratter avec douceur, mais on doit dans certains cas exécuter l'opération avec dextérité et rapidité.

En effet, quand on pratique l'opération lentement, il survient parfois une hémorragie inquiétante par son abondance. Il est de toute nécessité, dans ces cas, d'agir sans perdre de temps, d'enlever les débris placentaires sans retard.

On fera suivre le curettage d'une irrigation intra-utérine d'eau très chaude. On se servira soit de la sonde de Bozemann-Fritsch, soit d'une sonde en verre comme celle de M. Budin. On fera passer dans l'utérus 1, 2, 3 ou même 4 litres d'eau stérilisée ou boriquée à 48°.

Cette irrigation d'eau chaude est un moyen excellent pour



arrêter l'hémorragie et en même temps pour faire contracter l'utérus.

Dans l'immense majorité des cas il y a plus à faire. On doit tamponner la cavité utérine.

Je crois que le tamponnement est indiqué dans deux circonstances : 1° quand la cavité utérine n'est pas énorme, comme dans les cas d'avortement à 3 ou 4 mois ; 2° quand il y a une hémorragie utérine.

Je fais mes tamponnements intra-utérins avec de la gaze iodoformée. Mais je me sers d'une gaze peu chargée d'iodoforme et même je me sers en même temps de gaze iodoformée et de gaze simplement stérilisée. Il faut, en effet, redouter les phénomènes d'intoxication qui peuvent se produire par l'usage immodéré d'une gaze très riche en iodoforme. Les accidents sont infiniment moins à craindre quand on emploie des gazes ne contenant qu'une petite quantité d'iodoforme, surtout si on a la précaution de bourrer une partie de la cavité utérine avec des gazes qui ont été simplement stérilisées.

Le tamponnement doit être fait avec soin. On doit tasser la gaze avec un hystéromètre qui doit pénétrer jusqu'au fond de l'utérus en entraînant la gaze. On tamponne la cavité utérine comme on plombe une dent, avec cette différence qu'il faut y mettre une grande légèreté de main.

Le tamponnement a cet avantage d'arrêter l'hémorragie.

On a cité des cas de mort à la suite du curettage et on a attribué ces décès à des causes diverses et discutables. Il est certain, au moins dans un certain nombre d'observations, que la mort est due à ce fait que le tamponnement a été mal exécuté. On a permis à l'hémorragie de se produire, parce que le tassement des gazes était mal fait.

Je ne saurais donc trop insister sur la nécessité d'exécuter un bon tamponnement de la cavité utérine.

Le tamponnement fait suivant les règles que je vous ai indiquées est hémostatique, désinfectant, en même temps qu'il excite la contraction du muscle utérin, ce qui est avantageux dans l'espèce.

Pendant combien de temps faut-il laisser les tampons dans la cavité utérine ?

Cela est un peu variable. D'ordinaire on enlève les gazes au bout de 24 ou de 48 heures.

Je pratique ensuite une large irrigation intra-utérine et je me sers soit de l'eau boriquée faible, soit d'une eau simplement aseptique.

Après ce premier lavage, je mets tantôt un simple drain dans la cavité utérine, tantôt j'introduis une mèche de gaze iodoformée dans la matrice.

L'infection n'est-elle pas encore arrêtée, il est préférable de se servir encore d'un tamponnement iodoformé et de pratiquer plusieurs fois des injections intra-utérines. Au contraire, quand les phénomènes infectieux n'existent plus, on peut se contenter de placer simplement un tube en caoutchouc dans l'utérus.

C'est en mettant systématiquement en pratique, dans tous les cas d'infection puerpérale, les principes que je viens d'exposer devant vous que j'ai réussi dans un grand nombre de circonstances à rendre de réels services à mes malades.

Tout dernièrement encore ici, j'ai eu l'occasion de pratiquer un curettage chez une malade gravement infectée et qui avait une rétention placentaire. La température tomba immédiatement après le nettoyage de la cavité utérine et la malade fut promptement et rapidement guérie.

ÉPITHÉLIOMA DU COL UTÉRIN AU DÉBUT

Par R. Pichevin, chef des travaux gynécologiques à la Clinique chirurgicale de Necker.

M. Grépinet a présenté à la Société anatomo-clinique de Lille un cas intéressant d'épithélioma du col utérin au début. Il s'agit d'une malade dont le col de l'utérus est largement ouvert avec éversion de la lèvre antérieure. Celle-ci présente une surface ulcérée ovalaire qui se contenue avec la cavité cervicale et mesure deux centimètres en hauteur et un centimètre et demi en largeur. Les bords sont indurés, la surface est finement bourgeonnante, reposant sur un fond également induré, de sorte que l'on pense à un épithélioma. La lèvre postérieure est saine. En somme, l'aspect de la tumeur ne diffère guère d'une métrite ulcéreuse du col avec ectropion.

C'est dans ces conditions que le Professeur Duret procéda à l'hystérectomie vaginale. Il faut cependant ajouter que l'honorable et distingué chirurgien de Lille avait constaté, avant l'opération, l'existence d'annexes volumineuses et douloureuses.

L'examen histologique pratiqué par M. Augier confirma le diagnostic clinique en montrant qu'on était en présence d'un cancroïde à globes épidermiques.

Comme le fait remarquer M. Grépinet, il est intéressant d'attirer l'attention sur l'âge de la malade, qui n'avait que 35 ans, et sur la fréquence de ses accouchements. Cette femme, en effet, n'avait pas eu moins de 10 enfants en 10 ans.

Il n'est malheureusement pas exceptionnel de rencontrer le cancer utérin à 35 ans. Il faut même ajouter que les tumeurs épithéliomateuses qui surviennent chez les femmes à cet âge sont particulièrement graves, en ce sens qu'elles réapparaissent avec une rapidité surprenante après l'extirpation totale de l'utérus.

Dans le cas de M. Duret la transformation épithéliomateuse semble être au début ou du moins strictement limitée à une portion de la matrice. L'ablation de la totalité de l'organe a été faite d'une façon précoce et il semble difficile de pouvoir intervenir dans de meilleures conditions. Malgré ces heureuses conditions, il est loin d'être démontré que cette opérée ait une longue survie. Il arrive très souvent, dans les cas de ce genre, que l'épithélioma récidive en très peu de temps au niveau de la cicatrice vaginale et que la mort ne tarde pas à survenir. L'illusion de la guérison n'existe que pendant peu de mois.

L'avenir nous dira quel a été le résultat éloigné de l'hystérectomie vaginale pratiquée par M. Duret, qui ne manquera pas — il faut l'espérer — de nous renseigner en temps et lieu sur la survie de cette malade.

C'est en colligeant avec soin tous les cas de ce genre, c'est-à-dire tous ceux qui ont subi le contrôle de l'examen histologique, que l'on sera amené à se former une opinion sur la valeur réelle de l'hystérectomie. M. Duret, et après lui les autres opérateurs, feront peut-être œuvre utile en publiant les détails du manuel opératoire qu'ils ont employé pour extirper la matrice. Grâce à ces renseignements précis, l'on pourra porter un jugement comparatif sur les différentes méthodes d'hystérectomie vaginale et sur la nécessité ou l'inanité de quelques précautions réputées excellentes par un certain nombre de gynécologistes.

INVERSION UTÉRINE PUERPÉRALE

Par le Dr Jacobs.

Je fus appelé il y a quelques mois par un confrère des environs de Bruxelles pour examiner une de ses malades, accouchée 3 semaines auparavant. Je réunis les commémoratifs suivants : 4 accouchements antérieurs normaux, avec suites apyrétiques ; enfants bien constitués, mais peu volumineux ; ces accouchements avaient laissé la fourchette intacte, mais à la suite du dernier, une ptose des viscères abdominaux s'était lentement installée : descente des reins, relâchement des parois abdominales, dilatation de l'estomac, parésie intestinale, prolapsus vaginal et utérin sans que ce dernier organe apparût cependant à la vulve.

Tous les symptômes morbides de cette déchéance organique disparurent dès les 1ers mois de la dernière grossesse, qui ne présenta aucun incident jusqu'à l'accouchement. Celui-ci fut très pénible, l'enfant s'étant présenté avec procidence du bras droit. L'accoucheur pratiqua la version qui fut très laborieuse. L'expulsion spontanée du délivre ne s'étant pas produite après une demi-heure, le praticien crut devoir l'extraire, l'état de la parturiente devenant inquiétant à cause d'une hémorragie

abondante. Cette expulsion fut très difficile, le placenta se trouvant fortement adhérent sur une grande partie de sa surface d'implantation. Des injections antiseptiques chaudes furent immédiatement pratiquées et l'accouchée remise au lit. Le soir même de l'accouchement, le médecin constata une hémorragie profuse continue, pour laquelle il pratiqua une injection sous-cutanée d'ergotine.

Le lendemain, un examen pratiqué sur la table lui fit constater l'existence à la vulve d'une tumeur violacée, saignante, très sensible. Le palper abdominal combiné au toucher rectal lui fit poser le diagnostic d'inversion utérine complète. Il prescrivit, après quelques essais infructueux de réduction, des soins antiseptiques locaux sévères. Il escomptait que l'involution puerpérale ramènerait les choses en état au bout de quelques jours.

Trois semaines plus tard, l'examen que je pratiquai me montra l'inversion sensiblement la même qu'après sa production, c'est-à-dire qu'on apercevait dans l'écartement des grandes lèvres une tumeur violacée, sécrétant abondamment un liquide muco-sanguinolent. Le toucher constate que le vagin se continue directement avec la tumeur. Le palper abdominal combiné au toucher vaginal et au toucher rectal démontre l'absence de tout organe utérin dans le pelvis. Il nous est impossible de percevoir les annexes. Cet examen, pratiqué cependant avec prudence, donna lieu à une hémorragie abondante. Symptômes locaux : gène à la miction et troubles de la défécation. L'irritation produite à la partie inférieure de la tumeur par le contact des liquides et des corps étrangers, avait amené une érosion très sensible à cet endroit. Etat général : grande faiblesse, peu de fièvre.

J'instituai, comme traitement, le sevrage immédiat, une alimentation reconstituante et localement je fis un tamponnement assez serré du vagin à la gaze iodoformée. Les tampons furent placés sans essai de réduction de l'inversion, mais refoulaient l'utérus aussi haut que possible.

Je refis ce même tamponnement tous les 2 jours. Au 4e pansement, je constatai que la tumeur utérine avait sensiblement diminué de volume ; au 6e, elle était certainement réduite de moitié. Dès lors, j'administrai à l'intérieur de l'extrait fluide d'hydrastis canadensis à assez fortes doses. Au bout de 3 semaines, l'utérus avait repris sa position normale, mais tout le canal génital présentait la ptose générale antérieure à la dernière grossesse. Un pessaire de Meyer vint obvier à cet inconvénient et nous permîmes à la malade de se lever le 30e jour environ après le 1er pansement.

Les cas d'inversion utérine sont rares après l'accouchement. Nous n'avons eu l'occasion que d'en observer 3 cas, en 8 ans. L'histoire que nous rapportons présente, dans ses détails, les caractères de toute inversion puerpérale, que l'on ne parvient pas à réduire dès les premiers jours. Grâce aux soins antiseptiques sérieux pris par l'accoucheur, grâce aussi au relâchement des organes pelviens, on n'eut pas à combattre la gangrène utérine, qui survient fréquemment dans ces cas par suite de stricture du col sur le corps utérin. A aucun moment, on ne constata non plus d'apparence d'étranglement intestinal dans le sac herniaire, accident que nous dûmes combattre dans un autre cas de l'espèce.

Le traitement que nous instituâmes, le tamponnement serré du vagin à la gaze iodoformée, préconisé par Hofmeier, nous avait donné d'excellents résultats dans les deux autres cas ; aussi y eûmes-nous recours d'emblée, sans chercher à réduire la hernie utérine. Le résultat final est venu d'ailleurs une fois encore confirmer l'excellence de ce traitement qui devra toujours être essayé avant tout traitement opératoire. Celui-ci consistera (dans les cas d'insuccès des tentatives de réduction ou si la hernie utérine présente du sphacèle) dans l'hystérotomie suivant une technique quelconque.

Dernièrement me tombait sous la main un petit opuscule, intitulé : *Mémoire sur l'ablation de l'utérus*, par M. Claudius Tarral, imprimé à Paris, chez Baillière, en 1820.

Ce médecin, après avoir rapporté quelques cas d'extirpations de l'utérus inversé, pratiquées par Anselin, Vieussens, Quéquet et Faivre, en 1766-69, rapporte l'histoire suivante :

« On connaît le procès intéressant porté contre des accou- » cheurs ignorans, que l'on accusa d'avoir fait mourir une » femme par leur impéritie. La nommée Martin, habitant un » village près de Meaux, avait déjà mis plusieurs enfants au » monde. Prête à enfanter de nouveau, elle fit appeler une sage- » femme ; mais celle-ci trouvant l'accouchement très laborieux, » fit demander en consultation le sieur P..., son mari, qui » n'était pas plus instruit que sa femme, mais plus téméraire. Il » fit des efforts violents pour délivrer cette femme et retira enfin » de la matrice un enfant mort. L'accouchée fut en proie à des » douleurs horribles, eut des vomissements ; ces symptômes » déconcertèrent le chirurgien, surtout lorsqu'il vit se former » à la vulve une tumeur dont il ignorait la nature. Il chercha un » confrère ; celui-ci, aussi ignorant, examina avec lui la tu- » meur et tous deux la regardèrent comme une tumeur contre- » nature qu'il fallait enlever. Après des violences multipliées » de leur part pour terminer cette opération, la malheureuse » mère mourut dans les douleurs les plus vives. Ces chirur- » giens furent d'abord condamnés à une amende, mais par » l'intervention de l'Académie de chirurgie leur sentence fut » infirmée. »

Cela se passait vers 1735 et se passe... de commentaires. J'ai voulu rapporter un cas d'inversion pour rappeler l'attention du praticien sur ces faits rares et leur indiquer une thérapeutique qui presque toujours leur permettra de sauver leurs accouchées. Hofmeier a réussi 23 fois sur 34 cas. L'intervention chirurgicale ne sera préconisée qu'en dernier ressort.

(*Journal d'accouchements de Charles*, 13 février 1898.)

FIBROME POLYKYSTIQUE MALIN DE L'UTÉRUS

Par le Dr VITRAC (Junior),

Chef de clinique chirurgicale à la Faculté de Bordeaux.

(*Travail de la clinique de M. le Professeur Lanelongue et du Laboratoire des cliniques de M. le Professeur agrégé Sabrazès.*)

(*Suite et fin.*)

—

EXAMEN MICROSCOPIQUE.— Divers fragments de la tumeur, et de l'utérus de ce qui restait de sa portion cervicale, ont été examinés.

A.— Sur une coupe de l'utérus, on voit que la muqueuse a disparu et que les altérations du muscle utérin sont à peu près nulles.

A la place de la muqueuse, il ne persiste plus en effet qu'une couche amorphe où on reconnait çà et là un mince réticulum fibrineux. Du reste il y a dans l'épaisseur même de ce coagulum qui forme bordure de petits lacs sanguins. Les globules rouges, libres ou agglomérés, sont plus abondants dans les parties profondes de cette couche que dans sa périphérie.

Toute la muqueuse a disparu, car on ne retrouve plus traces ni de l'épithélium, ni des glandes, ni même du chorion, dont les gros éléments cellulaires sont habituellement reconnaissables dans la matrice.

Du tissu conjonctif assez serré, en petites nappes ou en faisceaux avec quelques vaisseaux, voilà tout ce que l'on trouve au-dessous de ce qui a remplacé la muqueuse.

Quant aux éléments musculaires, ils ont conservé leur fasciculation normale. Le tissu conjonctif qui les entoure est parfois un peu abondant sans présenter toutefois les signes d'une prolifération de ses cellules fixes, comme elle existe au contraire dans les autres parties de la tumeur. Les couches les plus internes coupées perpendiculairement, les autres coupées pour la plupart obliquement, sont absolument distinctes, et sans aucune modification. Parmi les faisceaux les plus profonds, seulement, on remarque que quelques-uns se sont laissé envahir par le tissu conjonctif déjà abondant dans leur voisinage : les fibrilles sont en effet dissociées dans ces faisceaux par du tissu fibreux évidemment adulte ; les noyaux des cellules musculaires, petits, déformés, devenus triangulaires, paraissent comme enserrés dans autant d'anneaux conjonctifs encore à l'état fibrillaire et sans caractères indiquant une prolifération active. C'est également dans les parties les plus profondes, celles qui vont se confondre avec la tumeur, que quelques vaisseaux présentent à leur périphérie certaines modifications assez importantes, savoir : l'épaississement très considérable des tuniques moyenne et externe, et au niveau de la tunique adventice une néoformation conjonctive très intense à tendance excentrique. — Nous retrouverons plus tard cette même disposition dans



différents points de la tumeur. Les autres vaisseaux, ceux qui sont immédiatement voisins des faisceaux musculaires, comme ceux qui occupent le centre des nappes conjonctives plus étendues, ne présentent rien de spécial.

En somme, il faut retenir de cette description sommaire, — à part la desquamation de la muqueuse,— deux choses importantes, savoir : l'absence de dégénérescence myomateuse, et l'existence d'une hyperplasie conjonctive à peine prononcée dans l'épaisseur de quelques faisceaux musculaires, un peu plus marquée dans leurs intervalles, et franchement accusée autour de certains vaisseaux.

B.— Dans diverses parties de la tumeur, dans l'utérus dégénéré, dans des points kystiques, etc..., divers fragments ont été examinés. Tous, à quelque différence près, portant sur la plus ou moins grande abondance de divers éléments constitutifs, présentent à considérer semblablement groupés : 1° des vaisseaux abondants, 2° du tissu conjonctif adulte réuni en larges espaces ou partout disséminé sous forme de fibrilles, 3° du tissu conjonctif embryonnaire, parfois myxomateux, 4° des kystes.

1° Les vaisseaux existent partout avec une paroi propre ; ils sont très rares et très petits dans certains points de la tumeur, et en particulier dans les franges pédiculées que nous décrirons ultérieurement. Ailleurs, ils sont à la fois plus abondants et plus volumineux, comme dans certaines coupes voisines de parties fibreuses et kystiques où nous les décrirons plus spécialement. C'est là, en effet, qu'on peut constater que la prolifération conjonctive a le maximum de son développement, et sans doute son point de départ, à la fois dans l'épaisseur des artères et en dehors d'elles, contre leur tunique adventice.

Dans les coupes en question, on remarque à un faible grossissement qu'il existe des lacunes, les unes vides, les autres remplies de sang, entre lesquelles se trouve une charpente fibro-conjonctive, à des degrés divers de développement — les lacunes vides, sont ou bien des kystes, ou bien des vaisseaux vides : les lacunes pleines sont de grosses artères qui ont jusqu'à 1 millimètre de diamètre.

Ces vaisseaux, de même que ceux qui sont moins volumineux, sont remarquables par l'épaississement de leurs parois qui atteint plus du double du rayon ou même du diamètre de la lumière. Il en résulte pour quelques-uns que cette lumière est déformée, plus ou moins festonnée ; mais beaucoup, vides ou non, conservent une forme normale. Cet épaississement paraît, toujours vu à un faible grossissement, être dû uniquement à l'existence de lamelles conjonctives excentriques, dont les cellules sont peu chargées en noyaux, et plus serrées vers la périphérie que vers la tunique interne; on ne distingue pas tout d'abord les transformations survenues dans la couche moyenne, mais on reconnaît déjà que, en dehors de cet anneau fibreux circum-artériel, il existe une active prolifération de cellules conjonctives qui va en diminuant à mesure qu'on s'éloigne des vaisseaux. Ces cellules jeunes paraissent avoir une disposition radiée.

Avec un plus fort grossissement, on constate qu'il existe autour de chaque vaisseau un double foyer d'accroissement cellulaire : *a)* au niveau de la tunique moyenne ; *b)* en dehors de la tunique adventice. Entre les deux zones, se trouve précisément cet anneau de tissu lamelleux, densifié, qui correspond sans doute à d'anciennes modifications de l'adventice, à moins qu'il ne soit le résultat, sous forme de tissu adulte, des transformations qui se passent en dedans et en dehors de lui.

a) Dans la tunique moyenne des artères c'est contre la lame élastique elle-même que sont disposés les nouveaux éléments conjonctifs qui ont une disposition spéciale ; ils sont en effet orientés de manière à présenter leur plus grand diamètre dans le sens de la coupe : c'est-à-dire qu'ils sont perpendiculaires à l'axe du vaisseau, et perpendiculaires aux couches concentriques qui forment les tuniques interne et externe.

De plus, ces cellules sont en général peu abondantes : il n'est pas rare de les voir distantes les unes des autres ; elles sont alors munies de prolongements étoilés anastomosés entre eux.

b) Au niveau de la zone externe, le mode de disposition des cellules nouvelles est le suivant : on les voit pénétrer peu à peu les couches extérieures de l'anneau fibreux périvasculaire. Là elles sont d'abord confondues entre les lames de celui-ci, séparées encore par les prolongements entremêlés des cellules anciennes et volumineuses ; puis ces cloisons de séparation deviennent de plus en plus minces, jusqu'à former un faible réticulum fibrillaire, au sein duquel les cellules jeunes sont groupées. Et à ce moment, elle ont cessé d'être orientées concentriquement par rapport à l'axe des vaisseaux pour présenter la disposition radiée que nous avons ailleurs signalée. Il en résulte des formations fasciculées partant de la gaine externe des artères pour s'étendre ailleurs dans le reste des coupes, et pour se mêler notamment aux formations voisines quand deux vaisseaux se trouvent très près l'un de l'autre.

A part ces vaisseaux volumineux dont nous venons de parler, les coupes contiennent de petits vaisseaux isolés dans du tissu conjonctif lâche, ou dans les cellules propres de la tumeur, et tous munis d'une paroi propre non modifiée ; autour de ces capillaires, ne paraît pas s'être groupé le travail de prolifération qui est pour les autres si remarquable.

Dans toutes les coupes provenant de fragments de la tumeur, de franges pédiculées, etc., il n'y a pas d'artérioles et les capillaires n'ont subi aucune modification ; l'endothélium notamment n'est le siège d'aucun travail de prolifération.

2° du tissu conjonctif adulte existe un peu partout dans les coupes : nous avons déjà parlé de celui qui existe dans l'utérus et de celui qui entoure les plus grosses artères dans les points très vasculaires de la tumeur. Ailleurs, il est disposé en petites nappes uniformes, ou en traînées de fibrilles anastomotiques qui servent de substratum aux cellules qu'il nous reste à décrire.

3° Ces cellules sont mieux groupées dans les parties pédiculées de la tumeur : elles y sont également plus abondantes : c'est donc là que nous devons les étudier plus facilement.

En effet, sur une coupe portant sur toute l'étendue d'une frange pédiculée de la tumeur, on remarque que les fibrilles conjonctives sont peu abondantes, sauf au niveau de la portion rétrécie qui correspond au pédicule : ailleurs elles disparaissent dans les masses de cellules qui remplissent la presque totalité des coupes, le reste étant occupé par des îlots de tissu conjonctif où les cellules sont clairsemées. Quelques points semblent myxomateux et se trouvent précisément dans le voisinage de ce tissu conjonctif. Il existe très peu de vaisseaux.

A un plus fort grossissement (7) on peut déjà voir que les amas cellulaires contiennent deux sortes d'éléments : les uns sont des cellules conjonctives avec un noyau segmenté ou allongé, des granulations chromatiques abondantes, et des prolongements protoplasmiques ramifiés et anastomosés ; ces cellules sont groupées, plus ou moins tassées, ou séparées par des mailles fibrillaires qui s'allongent avec elles dans le sens des faisceaux qu'elles forment. Les autres, beaucoup plus volumineuses que les précédentes, ont une disposition plus nettement fasciculée ; elles sont disposées sous forme de traînées, droites ou contournées en tourbillons, qui ne contiennent pas plus de 25 à 40 de ces éléments spéciaux. Ceux-ci semblent bien groupés sans interposition d'aucune substance intercellulaire, et ils ne contiennent ni lacunes, ni vaisseaux à parois propres.

Dans les grosses cellules en question, on peut reconnaître que le noyau a acquis des dimensions considérables. Généralement allongé, elliptique ou en bâtonnet, il a des extrémités arrondies avec un contour régulier, ou parfois un étranglement en son milieu. On trouve deux nucléoles le plus souvent, et dans certaines cellules des figures karyokinétiques bien dessinées. Ces divisions karyokinétiques mises en évidence à l'aide de la *thionine picriquée*, suivant le procédé technique de M. Sabrazès, existent dans des cellules isolées, ou bien, plus souvent, elles sont visibles à la fois dans plusieurs cellules juxtaposées.

Au delà du noyau, on distingue une zone protoplasmique qui déborde ses deux extrémités, bien plus qu'elle n'entoure tout le noyau. Ce protoplasma s'effile sous forme d'un prolongement ou de prolongements ramifiés ; et enfin on voit, pour les cellules les plus espacées, ces prolongements s'unir les uns aux autres, en sorte que les cellules s'anastomosent entre elles.

Ce dernier caractère, s'il est suffisant pour affirmer qu'on n'a pas affaire là à des cellules musculaires, permet de dire que, en dehors de ce qui reste de l'utérus, il n'y avait point trace d'éléments musculaires dans toute la tumeur, que ces éléments fussent à l'état embryonnaire ou à l'état de développement parfait.

4° Les formations kystiques sont disséminées dans toute la tumeur ; elles sont assez nombreuses pour qu'on les rencontre dans presque toutes les coupes. Sur certaines préparations elles sont particulièrement abondantes, et à des degrés divers de développement.

Les plus petites ne sont en réalité que des lacunes contenues dans les masses assez serrées des cellules propres de la tumeur ; elles sont vides. D'autres, un peu plus grandes, se trouvent au milieu de ces mêmes cellules, dans des points où elles sont moins serrées ; ces kystes contiennent déjà des débris cellulaires, des filaments muqueux, etc., etc...

Les grands kystes existent là où le tissu est plus lâche ; autour d'eux c'est un réticulum fibrillaire, ou du tissu myxomateux. Ils renferment abondamment : quelques cellules muqueuses, des noyaux dégénérés, des prolongements filamenteux, des débris granuleux et du mucus.

Les kystes grands ou petits ne sont pas tapissés intérieurement par des cellules spéciales ; il faut les considérer comme des kystes muqueux. Quant aux petites lacunes, ce sont probablement des espaces lymphatiques.

III

A. — Et maintenant, nous souvenant de ce que nous avons dit, au début de ce travail, de la signification embryonnaire



que l'on doit désormais donner aux groupements néoplasiques dans certaines tumeurs de l'utérus, nous devons nous demander quelle est dans le cas particulier leur origine ?

Les cellules musculaires de l'utérus, celles des vaisseaux, ou celles d'un myome antérieurement développé ; les cellules conjonctives de l'utérus, celles des vaisseaux, celles d'un fibrome de date ancienne ; les endothéliums lymphatiques enfin, et les endothéliums vasculaires sont autant d'éléments dont la prolifération et la transformation peuvent prétendre à la genèse du néoplasme.

Étant donné que nous n'avons pas trouvé de fibres musculaires dans la tumeur, nous pouvons déjà affirmer qu'il ne s'agit pas de la transformation embryonnaire d'un myome préexistant, et qu'il ne s'agit pas davantage d'un myome primitivement malin.

De même rien ne fait supposer qu'un fibrome ancien soit dans ses éléments propres le point de départ de la tumeur : il faudrait, pour qu'il en fût ainsi, trouver des vestiges de tissu conjonctif adulte partout répandus dans la masse néoplasique. Nous avons constaté, au contraire, que l'hyperplasie conjonctive était restreinte au voisinage de certains vaisseaux volumineux trop rapprochés de l'utérus encore sain pour ne pas lui appartenir.

C'est précisément dans le voisinage de ces vaisseaux utérins, et dans leur épaisseur même qu'il faut trouver le point de départ des éléments néoplasiques. Nous avons vu, en effet, que la tunique adventice de certaines artères ou artérioles était remplacée par un anneau fibreux en dehors et en dedans duquel se trouvaient les foyers les plus intenses de néoformation cellulaire.

Dans l'épaisseur même des artères, le processus n'est pas douteux, et le tissu conjonctif en fait tous les frais ; mais en dehors d'elles, quelle part revient aux endothéliums lymphatiques ? Nous ne saurions le dire. Mais en l'espèce cela importe peu, puisque les endothéliums et les cellules conjonctives ont en réalité même valeur morphologique (1).

Quant à faire jouer un rôle quelconque à l'endothélium vasculaire, on ne pourrait y songer d'après nos coupes où toujours le revêtement endo-vasculaire a été retrouvé sans aucune modification. Et c'est vainement que nous avons cherché quelque chose qui rappelât ce qu'a décrit Costes (2) d'après Pilliet : « Les formations sarcomateuses dans les fibromes débutent toujours par l'endothélium des vaisseaux. Elles s'infiltrent surtout par les pointes d'accroissement des capillaires entre les fibres musculaires et connectives qui disparaissent. Souvent les vaisseaux sont oblitérés par le sarcome lui-même. »

Par contre, nous nous rapprochons absolument de M. Costes, lorsque parlant du développement des fibromes, il dit que ce développement se fait « par néoformation de cellules embryonnaires dans l'adventice ».

B. — Pour servir de complément à l'étude de notre cas de « fibrome polykystique malin », nous avons voulu rechercher s'il existait dans les observations de « sarcomes » ou « fibro-sarcomes » de l'utérus quelque autre exemple de tumeur villeuse végétante, kystique, rappelant par son aspect les môles hydatiformes.

Seul parmi les tumeurs à développement interstitiel, un fait de Terrillon (3) peut être rapproché de celui que nous avons observé.

« La tumeur, du poids de cinq kilos, était implantée sur le fond d'un utérus qui n'était pas augmenté de volume en même temps qu'elle s'infiltrait dans les ligaments larges. Elle représentait une masse de végétations semblables à un chou-fleur ou à un lipome arborescent. La plupart de ces végétations étaient pédiculées et paraissaient constituées par une série de grains accolés les uns aux autres. Des filaments fibreux et vasculaires sillonnaient cette masse en tous sens et semblaient relier toutes ses parties les unes aux autres. La base de la tumeur du côté de l'utérus était épaisse, plus charnue, et les granulations y étaient plus compactes. Toute cette masse semblait entourée par une coque lisse et fibreuse, donnant par sa face interne naissance à ces végétations. »

(1) V. à ce sujet : Cornil. *Arch. de méd. expér.*, 1897, 1.
(2) Costes. Th. Paris, 1894-95.
(3) Terrillon. *Bull. de la Soc. de chir.*, Paris, 1889, p. 667.

Peut-être certains « sarcomes du col » dont parle Pozzi (1) auraient encore quelque analogie macroscopique avec notre tumeur et avec celle de Terrillon. Mais, plus vraisemblablement, ces tumeurs « en grappes » « friables, spongieuses, s'effritant sous forme de grains analogues à ceux d'un raisin muscat », doivent être rapprochées des formes végétantes du « sarcome de la muqueuse ».

Car le « sarcome de la muqueuse » est fréquemment constitué par d'énormes végétations ; mais celles-ci sont souvent ulcérées, elles se développent uniquement dans la cavité de l'utérus ; et diffluentes, mollasses, friables comme du frai de poisson, elles ne ressemblent en rien à ce que nous avons observé.

Nous pouvons donc considérer comme très exceptionnels, les caractères extérieurs de la tumeur que nous avons décrite.

Conclusions.

Pour résumer notre pensée sur les tumeurs malignes non épithéliales de l'utérus et sur le fait particulier que nous avons observé, nous dirons :

1° Il est nécessaire de préciser la nature histologique des tumeurs désignées sous le nom de *sarcomes*. La connaissance de leur histogénèse permettra de les considérer comme ne différant pas morphologiquement du tissu cicatriciel, dont il importera de leur donner le nom.

2° A ce point de vue, parmi les soi-disant sarcomes de l'utérus, les tumeurs dont l'origine peut être trouvée dans le tissu conjonctif ou dans le tissu musculaire, ne cessent pas d'être des fibromes ou des myômes.

Mais on doit accorder à ces néoplasmes, en raison de leur nature embryonnaire, les attributs de la malignité.

3° Dans le fait que nous avons observé, les éléments néoplasiques se sont développés autour des vaisseaux et dans leur épaisseur.

La fibre musculaire pas plus que l'endothélium vasculaire ne pouvant prétendre à leur genèse, le tissu conjonctif en reste donc la seule source : et, caractérisant d'après lui la nature de la tumeur, nous devons la considérer comme un fibrome.

4° En tenant compte de sa malignité et de l'abondance des formations kystiques, nous l'avons désignée sous le nom de *fibrome polykystique malin.*

5° Au point de vue macroscopique, ce « fibrome polykystique malin » représente une véritable rareté ; car dans l'utérus les tumeurs à développement interstitiel ne revêtent pas habituellement la forme végétante et diffuse.

BIBLIOGRAPHIE

Sarcomes, fibro-sarcomes ou fibromes malins de l'utérus.

Abeille. Op. d'un sarcome fasciculé de l'utérus. *Courrier méd.*, Paris, 1885, XXXV, 126-128. — Aslanian. Un cas intéressant de fibro-sarcome télangiectasique de l'utérus. *Marseille méd.*, 15 octobre 1894, XXXI, 585. — Aubry. Th. Paris, 1895-96. — Cassagny. Régression du myôme. *Arch. de tocologie*, Paris, 1884, XI. — Chibret. Tumeur volumineuse de l'utérus (sarcome). *Bull. Soc. anat.*, Paris, 26 mai 1890. — Costes. Th. Paris, 1894-95. (*Transformation du fibrome*). — Davezac. Sarcome utérin. Métrorragies. *Soc. anat.*, Bordeaux, 5 avril 1881, et *Journ. méd. Bordeaux*, 1881-82, XI, 34. — Gaymann. *Sarcome kystique en grappe.* Th. Paris, 1893-94. — Joly. Mémoire sur un sarcome polypeux et squirrheux dans la matrice. *Journ. de méd., de chir. et pharm. de Paris*, 1766, XXV, p. 551. — Largeau. *Bull. Soc. anat.*, Paris, 1889, p. 561. — Laurent. Fibro-myomes et sarcomes utérins. *La Clinique* (de Bruxelles), 1894, VIII, 629, 635. — Macphail. Sarcomes de l'utérus. *Amer. J. of Obstetrics*, juillet 1896. — Nicaise. *Ann. de gynécologie*, Paris, 1881, XV, 437-444. — Niebergall. — Sarcome, carcinome, myôme et polype muqueux dans un même utérus. *Arch. f. Gynæk.*, 1895, L. 1. — Ozenne. Sarcome kystique en grappe de la muqueuse utérine. *Rev. d'obst. et gyn.*, Paris, 1894, X, 188, 193. — J. Paviot et L. Bérard. Du cancer musculaire lisse en général et de celui de l'utérus en particulier. *Arch. méd. expér. et an. path.*, 1897, nos 4 et 5. — Pilliet. Évolution sarcomateuse du fibrome. *Soc. anat.*, Paris, 5 janvier 1894. — Pozzi. *Tr. gyn.*, 3e éd., p. 412 et 470. — Raymond. *Progrès méd.*, Paris, 1881, IX, 74. — Rogivue. *Sarcome de l'utérus*. Th. Zurich, 1876. — Rosapelly. *Bull. Soc. anat.*, Paris, 1872. — Terrillon. Sarcome du fond de l'utérus. *Bull. Soc. chir.* Paris, 1889, XV, 667. *Bull. gén. thérap.*, Paris, 1890, CXIX, 496. — Terrier. *Acad. méd.* 15 mars 1881. — Trépant. Laparotomie et drainage pour fibro-sarcome de l'utérus. *Gaz. méd. de Picardie*, Amiens, 1894, XII, 117. — Vignard. Sarcome intrapariétal de l'utérus. *Bull. Soc. anat.*, Paris, 1888, LXIII, 636. — Villeneuve. Fibro-sarcome de l'utérus. *Ann. de l'Ecole de méd. et de ph. de Marseille*, 1892, p. 278.

(1) Pozzi. *Tr. de gynécologie*, 1897, p. 410.



REVUE ANGLAISE

Fernand Henrotin.— DE L'OPÉRATION DE CHOIX DANS LA SEPTICÉMIE PELVIENNE ET, EN PARTICULIER, DE L'INCISION VAGINALE PRÉCOCE. (65e Congrès de l'Assoc. méd. angl., *Brit. med. J.*, 23 oct. 1897.)

L'invasion de l'appareil génital et du péritoine par la septicémie suit des voies plus ou moins définies qu'il importe de connaître pour se livrer à une discussion raisonnée et faire choix d'un traitement rationnel.

Infection générale, phlébite, thrombo-phlébite. — L'infection du sang, sans localisation pelvienne, n'est pas justiciable de la chirurgie. Parfois se forme un thrombus qui, infecté, donne lieu à de la phlébite et de la périphlébite qui peuvent s'étendre à toutes les veines péri-utérines. Si la suppuration ne s'établit pas, il y a lieu de croire qu'il en résultera de la sclérose atrophique, si la thrombose est limitée aux sinus, elle donnera lieu à de l'hyperplasie ; si elle exploite tout le tissu utérin et se prolonge longtemps, on a à craindre le sphacèle de l'organe. En cas de thrombo-phlébite suppurée, localisée aux sinus, et si la malade échappe à l'infection générale, le traitement consistera dans la désinfection locale et le drainage. Si la thrombose suppurée atteint les veines périutérines, l'infection péritonéale est à peu près fatale. Si l'on perçoit par le vagin, une masse inflammatoire périutérine, l'incision vaginale s'impose : ce sera l'incision sus-pubienne, si la masse ne se perçoit que par le palper abdominal. Lorsque avec des symptômes graves, l'utérus est volumineux et mou, on peut soupçonner la gangrène, bien que le col n'y participe pas : en pareil cas, il faut recourir à la laparotomie : 1° pour fixer le diagnostic ; 2° pour pratiquer l'hystérectomie, seule ressource possible. Le diagnostic de la phlébite et de la périphlébite non suppurées ne peut se faire sûrement, malgré la gravité des symptômes, qui relèvent de l'infection générale de source locale : l'incision abdominale permet seule de le faire et sera le premier temps de l'hystérectomie si on la jugé nécessaire ; la question du traitement chirurgical, en pareil cas, n'est pas encore tranchée.

Pelvi-péritonite primitive non compliquée. — Ce terme est contestable, comme la lésion elle-même du reste ; on ne peut admettre l'infection primitive du péritoine sans localisation intermédiaire préalable, si ce n'est par le canal des trompes ; mais il est difficile d'admettre qu'elles livrent passage à l'infection en conservant leur intégrité. Cliniquement toutefois, l'auteur a ouvert plusieurs fois le cul-de-sac postérieur, et avec quelques onces de sérosité il a vu les malades guérir promptement sans conserver de signes d'autres lésions. Il est cependant probable que dans ces cas, éxistaient d'autres lésions, de la phlébite par exemple, des veines sous-séreuses, avec périphlébite retentissant sur le péritoine; ou bien l'agent infectieux avait rapidement traversé les trompes pour toucher le péritoine ; mais l'incision précoce a drainé le péritoine et en même temps les trompes, de manière que nulle lésion n'a survécu. S'ils sont rares, ces cas n'existent pas moins et, en présence de symptômes fébriles avec douleur pelvienne et sensation de liquide dans le cul-de-sac de Douglas, il est indiqué d'en pratiquer l'incision vaginale précoce et de drainer.

Salpingite aiguë.— Que l'infection traverse la trompe rapidement avant que son orifice abdominal ait eu le temps de s'obturer, on aura de la péritonite avec épanchement dans le Douglas et si la malade est vue assez tôt, l'incision précoce la sauvera sans doute. Si on tarde, la trompe s'obture et il y a pyosalpinx en même temps que péritonite. Ou bien l'agent infectieux procède avec assez de lenteur pour que la trompe s'obture avant son effusion dans le péritoine ; ou encore des adhérences de l'extrémité frangée à l'ovaire, à l'intestin, à l'épiploon peuvent limiter l'effusion et commander la formation d'un abcès tubo-ovarien ou localisé.

Le traitement variera nécessairement avec ces particularités et ces localisations. L'examen bimanuel, en cas de salpingite, révèle la présence au voisinage plus ou moins intime de l'utérus d'un boyau allongé remontant plus ou moins haut : s'il s'élève au-dessus du petit bassin, on doit l'aborder par l'incision sus-pubienne, surtout s'il s'agit d'une femme jeune, on pourra alors, bien souvent, faire une opération conservatrice, inciser seulement ou réséquer un morceau de trompe qu'on fixera à l'ovaire ou réciproquement, respecter un côté sain, etc. De même l'incision abdominale convient aux volumineuses collections, remontant haut et voisines de la paroi. Lorsque le pyosalpinx est, au contraire, bas situé, emplissant le Douglas, il ne peut guère être différencié de l'abcès de l'ovaire et doit être abordé par le vagin.

Envahissement du système lymphatique.— En dépit de tout ce qui a été écrit pour et contre, on accepte généralement aujourd'hui que la cellulite pelvienne, antérieure, postérieure ou latérale, peut se montrer à l'exclusion de toute localisation tubaire ou péritonéale. Autrefois on la considérait comme la manifestation banale de la septicémie, mais les opérations et les nécropsies ont, au contraire, démontré sa rareté. En fait, l'infection tubaire d'origine Gonococcienne simple ou associé à l'infection à Staphylocoques peut rester indéfiniment localisée à la trompe et au péritoine voisin, avec ou sans participation de l'ovaire et avec intégrité du tissu cellulaire. Les lésions de celui-ci, s'il en existe, sont des lésions de compression, et son immunité à l'infection de cette origine et en dehors des ruptures, tient au faible pouvoir de pénétration de l'agent infectieux. Par contre, l'infection cellulaire, forme ordinaire de la lymphangite, est due au Streptocoque qui, du tissu cellulaire, son habitat primitif, passe dans la trompe et l'ovaire (si celui-ci n'a pas été atteint primitivement à la trompe), envahit tous les tissus, sans épargner même l'utérus et cause secondairement les désordres les plus profonds. Bernitz et Goupil avaient souvent trouvé, dans leurs nécropsies, les annexes malades et lorsqu'ils relevaient des foyers de suppuration en dehors des trompes, ils supposaient une rupture préalable de celles-ci.

Les premières laparotomies ont confirmé cette manière de voir, parce qu'elles étaient faites tardivement. Aujourd'hui qu'on intervient bien plus tôt, il n'est pas rare de trouver des suppurations du ligament large et de l'ovaire, avec intégrité des trompes. Malgré tout, il est certain que salpingite, pyosalpinx et péritonite constituent un processus plus commun que la cellulite.

Le traitement de cette dernière dépend de son âge, de ses caractères généraux et de sa localisation. Sous forme de masse rétro-utérine, elle relève de l'incision vaginale postérieure qui assure une prompte guérison. C'est également par l'incision vaginale antérieure ou latérale qu'on doit atteindre les localisations anté et latéro-utérines. Inaccessible par le cul-de-sac postérieur et franchement latérale, on l'atteindra par l'incision sous-péritonéale.

Il est évident que la cellulite vraie n'est pas justiciable de la laparotomie, puisqu'il n'y a rien à enlever et que le drainage par cette voie est plutôt dangereux. Dans les cas de cet ordre, il ne faut pas oublier que bon nombre guérissent spontanément: il faut donc se demander si l'expectation n'est pas le meilleur parti à adopter et n'opérer qu'après une analyse scrupuleuse du cas particulier.

Abcès de l'ovaire. — Si, dans un vieux cas de suppuration pelvienne, on parvient à énucléer la poche purulente et qu'on l'examine minutieusement, on verra bien souvent que ce qu'on a enlevé, c'est l'ovaire, et un examen de la trompe montrera qu'elle est seulement infiltrée, épaisse, plus ou moins divisée, mais avec des lésions nullement en rapport avec celles de l'ovaire ou avec celles que présenterait un pyosalpinx primitif. C'est que l'ovaire a été infecté par la voie lymphatique, que ses parois épaissies ont résisté à l'effusion de pus et que la trompe n'a participé au processus que par contiguïté. Tous les tissus voisins se sont infiltrés de même, révélant un effort de la nature pour protéger les organes contre le processus de destruction.

D'autre part, si on enlève un volumineux pyosalpinx, il est rare, il est vrai, de trouver l'ovaire sain, mais ses lésions consistent, non en suppuration, mais en dégénérescence kystique simple. Ce n'est pas à dire qu'il n'y a pas d'abcès tubo-ovariens, mais on méconnaît souvent l'abcès ovarien primitif et point de départ des autres lésions voisines. Certains lymphatiques charrient le Streptocoque directement à l'ovaire sans que les tissus adjacents se trouvent intéressés. L'ovaire adhère alors au péritoine voisin et souvent se forme un abcès entre lui et la séreuse, de même la partie correspondante de la trompe et du ligament large s'infiltrent secondairement. Au début, le processus est léger et si l'ovaire est convenablement alors incisé et drainé, 9 fois sur 10, la guérison sera rapide et complète ou il ne restera qu'un peu d'hyperplasie de l'ovaire sans nul symptôme fâcheux. Le diagnostic de l'abcès de l'ovaire simple n'est pas toujours facile; cependant on peut le soupçonner aux conditions suivantes : fièvre, douleur pelvienne, signes d'infection péritonéale survenant après un avortement ou un traumatisme utérin ; sensibilité et immobilisation partielle de l'utérus, présence en arrière et en bas de l'utérus d'une masse sensible, peu ou pas mobile et du volume d'un œuf. Le pus se forme dans les 5 ou 6 jours qui suivent le début de l'infection: l'incision vaginale, faite en arrière du col, conduira sur l'abcès, et son évacuation suivie de drainage assurera la guérison.

Mais il ne faut pas oublier que la marche de l'infection pelvienne est protéiforme, varie avec la nature gonococcienne ou streptococcienne de l'agent infectieux, avec sa virulence, avec les portes d'entrée et avec chaque malade ; l'étude de ces diverses conditions entraînerait trop loin.

Incision vaginale précoce. — Une femme, en état de santé, présente brusquement les signes locaux et généraux ci-dessus, de l'infection ovarienne ; on incise le cul-de-sac, on retire du pus, on explore et on draine; la fièvre tombe en 2 ou 3 jours et elle peut se lever au bout d'une semaine sans présenter de rechute pendant des années. C'est ce qu'a fait et observé l'auteur dans 125 cas avec plein succès et ce qui le fait parler avec conviction en faveur d'une méthode dont l'utilité, l'innocuité et le sens chirurgical n'ont pas besoin d'autre démonstration. On n'hésite pas à ouvrir de bonne heure un panaris, pourquoi temporiser lorsqu'il s'agit de l'ovaire alors que le pus se forme si vite dans le bassin de la

Femme et que nul n'oserait prédire où s'arrêteront les désordres autorisés par l'expectation.

Technique.— L'incision circonscrit la face postérieure du col, au niveau de l'insertion vaginale, mais en s'abaissant sur les côtés pour éviter les gros vaisseaux : elle se fait aux ciseaux, au bistouri ou au thermo ; ce dernier est employé si on prévoit que le drainage durera longtemps. Une deuxième incision part de celle-ci, parallèle à l'axe du vagin pour donner du jour et en évitant le rectum. Le col est relevé par en haut et, soit avec le doigt, soit avec la pointe mousse des ciseaux, on décolle les tissus en rasant la face postérieure de l'utérus : le doigt recherche le péritoine et le pus.

Lorsque le péritoine est en vue et qu'on n'a pas découvert de pus, il faut ouvrir largement la séreuse, mais avec précautions. Ce temps de l'opération est délicat : les manipulations inopportunes pouvant amener des effusions de pus fatales si elles sont méconnues ou imparfaitement drainées. Du reste, on devra préalablement explorer la cavité après une nouvelle désinfection préalable des mains et du vagin.

Si le pus est découvert avant l'ouverture de la séreuse, il faut en suivre la direction avec un doigt qui suit les plans de moindre résistance pendant que l'autre main, placée sur le ventre, sert de guide et de contrôle. Si le doigt pénètre dans une cavité bien limitée et que l'exploration bimanuelle ne révèle pas d'autre foyer, il ne reste qu'à évacuer et drainer celui-la. S'il restait quelques doutes, on pourrait, après tamponnement du foyer, après nouveau lavage des mains et du vagin, ouvrir la séreuse et l'explorer, puis la drainer à part et convenablement.

Si la cavité se trouve ouverte avant qu'on ait rencontré les lésions, il peut se faire un écoulement de sang ou de sérosité. On devra alors élargir l'ouverture, étancher la cavité, l'explorer et ne pas craindre de détacher les adhérences intestinales en se guidant prudemment sur les sensations perçues. Si rien ne s'écoule à l'ouverture de la séreuse, explorer dans la direction probable de la lésion, qui peut être extra ou intra-péritonéale ou les deux à la fois. S'il s'agit d'un phlegmon du ligament large sans communication péritonéale, on trouvera une masse latérale saillant dans la cavité, mais plus proche du bout du doigt qui pénètre les tissus. En pareil cas, fermer soigneusement la cavité péritonéale avec un tampon de gaze et pénétrer la masse inflammatoire avec le doigt sans traverser son revêtement péritonéal. Drainer cette masse, qu'il y ait cavité ou simple infiltration.

Si on trouve une masse intra-péritonéale, il s'agit d'un pyo-salpinx, d'un abcès de l'ovaire ou de la cavité, limité par des exsudats. Au moyen d'une longue lanière de gaze on protège le côté sain, on vide et on nettoie la cavité de l'abcès et on recherche s'il existe d'autres foyers. On peut même, parfois, s'il s'agit d'abcès de l'ovaire, l'énucléer et l'amener à nu en dehors de l'incision vaginale pour l'opérer.

Souvent, surtout dans les exsudats postérieurs, il est impossible de se reconnaître dans les tissus ; le doigt le pénètre et arrive dans la cavité péritonéale sans qu'on ait pu reconnaître à quel moment il y a pénétré. C'est sans importance, pourvu qu'on ait ouvert et drainé les foyers. Le caractère fibrino-plastique des exsudats n'implique pas leur non résorption future, pourvu qu'ils aient été suffisamment pénétrés et drainés. Si l'exsudat est manifestement antéutérin, on l'atteindra par l'incision du cul-de-sac antérieur.

Dans tous les cas, l'opération sera précédée de la dilatation, du curettage et du tamponnement de l'utérus. Relativement au drainage, les dimensions de l'incision doivent toujours être proportionnées à l'étendue du foyer de manière que l'écoulement du pus soit toujours facile. Un inconvénient de la gaze comme drain est son adhérence aux organes : on y obvie en la préparant à la gaze iodoformée stérilisée. La durée du drainage dépend nécessairement de la nature et de l'étendue des lésions, de 2 à 5 jours ou davantage. Les deux principes importants de l'opération sont : 1° que l'incision doit être adéquate aux nécessités de l'exploration et des manipulations ; 2° que l'opérateur doit être sûr d'avoir exploré et drainé tous les points suspects.

Cette méthode non seulement doit guérir 90 % des cas auxquels elle est applicable, mais encore elle est applicable à 90 % des cas de septicémie pelvienne récente à manifestation locale extra-utérine. Elle ne s'applique pas aux vieilles lésions apyrétiques, mais aux cas récents, à formation plastique ou purulente fébrile et rapide. De tout temps on a ouvert par le vagin les collections purulentes manifestement révélées par la fluctuation ou la ponction exploratrice, mais l'esprit de la méthode préconisée par l'auteur est d'être précoce, c'est-à-dire appliquée dès le début de l'infection, sans se préoccuper d'une localisation ou de la formation d'une collection purulente. On peut lui objecter que, beaucoup de ces cas auraient guéri spontanément, mais il répond que indépendamment du nombre des morts, victimes de l'abstention, 90 % des malades ne survivraient qu'au prix de longues souffrances, d'interminables rechutes et d'irrémédiables atteintes portées à leur appareil génital.

La moitié de ces malades sont vues au début des accidents et les 9/10 de celles-ci peuvent être guéries par une incision vaginale précoce intelligemment pratiquée.

Cas chroniques et compliqués.— Un pyosalpinx simple peut se rompre dans le péritoine, si le pus est en petite quantité. Les symptômes peuvent être ajournés pendant quelques jours et éclatent alors sous forme de douleur soudaine, de sensibilité abdominale et de disparition de la tumeur préexistante. Le traitement, en pareil cas, consiste dans l'incision abdominale, le lavage soigneux et le double drainage par la plaie abdominale et par le cul-de-sac, le premier retiré au bout de 48 heures, le second au bout de 5 ou six jours.

Dans une autre variété, la rupture est immédiatement suivie de symptômes graves : shock, fièvre, petitesse et rapidité du pouls. Il est difficile de prendre une décision en pareil cas, l'intervention étant souvent suivie de mort. Quelques malades cependant se relèvent de ce premier choc et sont guéries ensuite par l'incision et le drainage de la localisation définitive.

Dans la plupart des cas de rupture tubaire, le pus s'écoule lentement et en petite quantité : il en résulte de la péritonite circonscrite qui évolue en foyer successifs et finit par constituer des masses plus ou moins volumineuses et diversement situées en arrière ou aux côtés de l'utérus, englobant trompes, ovaires, péritoine et viscères voisins.

Le traitement, dans cette variété, exige les plus sages réflexions. L. Tait a été le brillant promoteur de l'intervention chirurgicale dans ces cas ; tous les chirurgiens, y compris les partisans de l'hystérectomie vaginale, n'ont fait que progresser dans cette voie et cette opération est le dernier terme du progrès réalisé. Cependant on en a abusé : tout bon chirurgien doit éviter d'être systématique et être apte à changer au besoin de méthode au cours d'une opération. Le choix de celle-ci doit être, au préalable, intelligemment discuté et résolu en se basant sur le siège, l'étendue des lésions et sur leur plus ou moins facile accessibilité par l'une ou l'autre voie. Les partisans de la voie abdominale proclament la nécessité de l'extirpation des tissus malades, ce qui est faux : est-ce qu'on ampute un membre pour un phlegmon et celui-ci ne guérit-il pas après évacuation de pus ?

L'incision vaginale et le drainage sans résection ; l'incision abdominale avec section ou résection des annexes ; l'hystérectomie abdominale et l'hystérectomie vaginale ont chacune leur champ d'action, leurs indications propres et le plus heureux opérateur sera celui qui saura, par un choix judicieux, appliquer celle qui convient à un cas donné.

St. Bonnet.

REVUE DES LIVRES

Technique chirurgicale, par E. Doyen. Paris, 1897.

Je suis très en retard pour analyser la *Technique chirurgicale* de Doyen. Aussi bien, dois-je présenter mes excuses à nos lecteurs et à l'auteur qui a livré l'an dernier au public médical un volume important, nouvelle et indéniable preuve de son activité scientifique.

Curieux ouvrage ! Sans doute le critique relèvera, au cours de son attentive lecture, des opinions qui lui semblent contestables, des appréciations qui paraissent exagérées, mais il ne peut manquer non plus de mettre en lumière le côté neuf et intéressant de ce livre peu banal.

Ce n'est pas sans surprise que l'on constate les tendances archaïques de ce chirurgien d'avant-garde, homme d'action plutôt que patient chercheur de documents inédits.

Mais ce n'est qu'un des côtés de ce livre, destiné, comme le dit l'auteur, non pas aux élèves, mais aux praticiens.

Un chapitre est consacré aux grandes conquêtes chirurgicales réalisées sous l'égide de ces deux noms lumineux qui résument toute une époque féconde, Pasteur et Lister.

L'opinion de Doyen sur les tentatives de gynécologie conservatrice me semble injustifiée. Admettre que ces tentatives aboutissent à l'aggravation des souffrances des malades et se terminent par une mutilation définitive, c'est décréter au fond qu'il n'y a lieu de traiter chirurgicalement les femmes que dans les cas où s'impose soit la laparotomie, soit l'hystérectomie. Il y a mieux à faire dans bon nombre de cas, et Doyen le sait aussi bien que personne. Le reste de son ouvrage est consacré à des méthodes opératoires qui sont des interventions gynécologiques essentiellement conservatrices. Le curage lui-même, dont on a fait un véritable abus, il faut bien en convenir, est une opération excellente quand l'indication est nette et précise.

Doyen émet l'avis que les progrès qui ont été accomplis, sous le couvert de l'anesthésie et de l'antisepsie, ont amené une réac-



tion regrettable contre les méthodes opératoires brillantes et l'habileté manuelle des anciens chirurgiens.

Mais est-il bien exact que la virtuosité opératoire ait été jamais dédaignée ? Les opérateurs doués d'une dextérité remarquable ont toujours joui de la faveur du public, en même temps qu'ils ont recueilli et recueillent encore les ovations de la jeunesse des Ecoles.

Sans doute — et nous sommes d'accord avec Doyen sur ce point — des esprits légers ont cru que l'observance des principes de l'antisepsie pouvait suppléer à l'absence de connaissances anatomiques et des préceptes de l'art chirurgical et au manque d'habileté manuelle. Mais on s'est vite aperçu que pour être un chirurgien il fallait d'autres qualités que celles qui sont requises pour appliquer scrupuleusement les règles de l'antisepsie les plus rigoureuses.

L'auteur stigmatise ces prétendus spécialistes qui ne possèdent que des notions bien obscures d'anatomie et de médecine générale.

S'il a raison d'attaquer une classe d'ignorants et de charlatans, il n'estime pas suffisamment, à notre sens, les médecins instruits et consciencieux qui ont concentré dans l'étude d'une des branches de l'art de guérir le principal effort de leur intelligence, de leur talent et de leur activité. Contrairement à ce que professe Doyen, j'estime que la spécialisation a fait progresser considérablement la science et qu'à l'heure actuelle il est impossible à un homme, fût-il Pic de la Mirandole, d'embrasser comme il convient tout ce qui a trait à la médecine et à la chirurgie. S'il veut simplement dire que plus l'homme de science sera instruit, meilleur il sera, nous sommes d'accord.

Doyen revient maintes fois à des idées qui hantent son esprit :

« La Chirurgie est un art, dit-il, trop de gens en ont fait un métier.

. . . .

. . . . La chirurgie doit demeurer un art et les chirurgiens doivent être de véritables artistes). »

Sans doute, il y a un côté artistique en chirurgie, et l'habileté manuelle de l'exécution n'est pas à dédaigner, mais ce n'est pas tout. Le côté scientifique doit occuper une place importante dans l'exercice de l'art chirurgical, et c'est pour avoir trop négligé les principes solides sur lesquels repose la chirurgie, que certains opérateurs, rompus au métier et naturellement doués d'une grande dextérité, n'ont été que des virtuoses et n'ont laissé qu'une trace éphémère de leur carrière dans l'histoire de la chirurgie.

Doyen exprime le regret qu'il n'y ait pas un opérateur habile depuis l'ère antiseptique.

« Le temps c'est la vie. L'anesthésie et l'antisepsie perdent toute valeur si nous devons voir l'habileté manuelle disparaître avec la septicémie. »

Il y a un peu de vérité dans ce qu'avance l'auteur de la Technique chirurgicale, mais n'est-il pas exagéré d'affirmer que l'habileté manuelle ait été bannie du domaine chirurgical, depuis les grandes applications à l'art de guérir des immortelles découvertes de Pasteur ?

Ce qui est réel, c'est que la découverte de l'anesthésie et l'invention des pinces hémostatiques ont permis à l'opérateur d'agir avec moins de précipitation qu'à l'époque où il fallait abattre les membres dans un minimum de temps, pour abréger les douleurs atroces des patients et pour mettre péniblement fin aux hémorragies parfois immédiatement mortelles. Que l'on ait abusé de la sécurité et de la tranquillité que donnent l'anesthésie, l'antisepsie et la forcipressure, je le veux bien, et Doyen a raison de dire que dans certains cas la rapidité de l'opération est une garantie de succès. Mais le plus souvent il est indifférent de terminer l'opération en 30, 50 ou 60 minutes. La démonstration de ce fait est évidente et des statistiques extrêmement belles ont été dressées, dans le service de chirurgiens qui opèrent avec une réelle lenteur.

Et puisque Doyen fait avec juste raison appel à l'autorité du Professeur Farabeuf, qui lui donna, dit-il, pour la première fois l'illusion, le sang en moins, d'une séance chirurgicale telle qu'il se les représentait chez les plus habiles, 30 ou 40 ans plus tôt, je ne puis mieux faire que de reproduire quelques lignes de l'ancien chef des travaux anatomiques de la Faculté de Paris, aujourd'hui Professeur d'anatomie. Voici ce qu'écrivait Farabeuf dans l'article consacré à la désarticulation de la hanche, et je crois que l'on peut souscrire à son opinion :

« Pour recommander la rapidité, il faut pouvoir assurer que la sécurité y sera jointe : *citissime, si tuto*. Mais en ce temps de chloroforme, alors qu'il s'agit de gagner des secondes, tout au plus des minutes, *sat cito, si sat bene*. A quoi bon lutter de vitesse avec les charcutiers suisses dont parle Mayor ? Leurs victimes, les quatre membres bas, criaient encore !

Syme, assisté de Leston, qui comprimait l'artère à Edimbourg, en 1823, avait opéré vite, en 10 secondes peut-être, comme il l'avait vu faire à Lisfranc. Il s'attendait à une vascularisation extraordinaire, il avait l'habitude du sang, l'artère fémorale venait d'être liée ; cependant il faillit perdre la tête, croyant à première vue qu'il ne pourrait jamais arrêter les forts et nombreux jets de sang artériel qui se croisaient dans tous les sens. Syme en fut quitte pour la peur ; mais que d'opérés sont morts de procédés imprudents et dont on n'a pas confié l'histoire au papier ! »

A côté de ce tableau un peu chargé (il en est des plus sombres encore), en voici un autre bien différent. Pendant que le membre tombait à terre, le lambeau tombait sur la plaie, tellement mes aides (Velpeau et Guersant) furent prompts et habiles pour lier l'artère fémorale. L'opéré ne perdit pas deux cuillerées de sang (Vidal, p. 961). Une observation pareille, si elle n'est pas une gasconnade — dit le Professeur Farabeuf — est un encouragement dangereux. »

J'ai tenu tout d'abord à signaler les points sur lesquels je me sépare de mon ancien collègue Doyen. Il m'est agréable de compléter cette analyse en entrant dans des considérations qui ne peuvent nous diviser.

Très suggestive autobiographie que nous offre Doyen ! Il nous montre comment il est arrivé à se créer une situation à part dans le monde chirurgical.

Le chapitre II est consacré à l'installation d'une clinique chirurgicale.

A consulter l'intéressant chapitre qui a trait à l'hémostase. On lira avec intérêt les recherches qui ont été faites, sur l'origine des pinces hémostatiques, sur l'hémostase préventive, etc.

Doyen traite la question du morcellement et met en lumière les travaux déjà anciens d'Amussat. Ce chirurgien avait indiqué une méthode bien originale d'extraction des tumeurs fibreuses et Doyen n'hésite pas à signaler les analogies qui existent entre son opération et celle qui a été décrite par Amussat, il y a plus de 55 ans.

Doyen donne ensuite la description des nouveaux modèles de pinces spéciales, de sa pince-clamp à pression continue.

Je ne puis que signaler l'intéressant chapitre dans lequel la question des fistules stercorales est traitée fort judicieusement.

La deuxième partie du livre de Doyen comprend la technique des opérations gynécologiques.

Je passe forcément sous silence bien des questions qui mériteraient une discussion un peu longue et il m'est impossible d'entrer dans le détail de chaque opération. Je n'ai pas exécuté quelques opérations suivant les procédés indiqués par l'auteur. Il m'est donc difficile de donner mon appréciation sur certains points de la technique. Il me plaît de reconnaître que la lecture de cette technique spéciale ne peut laisser indifférent celui qui s'occupe spécialement de gynécologie.

La confection du surjet est bonne à connaître et j'attire l'attention sur la manière de procéder de Doyen quand il remédie à des fistules vésico ou recto-vaginales. Il dédouble la cloison au niveau de la perte de substance, ce qui — bien entendu — a été fait depuis longtemps. Mais il ferme la communication avec le rectum ou la vessie en la réduisant à un simple point, grâce à un fil passé en cordon de bourse, et il obtient au contraire, du côté du vagin, un affrontement large et vivace.

Le chapitre de la colpotomie a été très bien traité. Sans doute, quelques réserves s'imposent sur les opinions trop exclusives de Doyen et je trouve, pour ma part, que l'auteur n'a pas assez mis en relief les avantages que procure dans certains cas la colpocœliotomie antérieure. Par contre, les bénéfices que l'on peut retirer de l'incision du cul-de-sac postérieur sont nettement indiqués.

La description de l'amputation du col suivant le procédé de Schrœder laisse un peu à désirer. On aurait aimé, il me semble, plus de détails.

Nous arrivons à l'étude de l'hystérectomie vaginale. On sait l'impulsion qui a été imprimée par Doyen à cette opération qu'il a simplifiée et modifiée heureusement. Que ceux qui ne connaissent pas bien la technique de l'hystérectomie vaginale d'après le procédé Doyen, en lisent la description dans ce volume !

J'en dirai autant pour tout ce qui a trait à l'hystérectomie abdominale.

Ce gros volume de 600 pages est illustré de plus de 400 figures : celles qui sont signées de Millot sont excellentes. Je reproche à Doyen d'avoir un peu encombré son ouvrage de quelques planches pour le moins inutiles.

En somme, je donne aux gynécologistes le conseil de lire la technique chirurgicale de Doyen, qui est une œuvre curieuse, intéressante, marquée au coin de l'originalité, mais peut-être écrite un peu trop à la hâte.

R. PICHEVIN.

Tout ouvrage dont il sera envoyé deux exemplaires sera annoncé et analysé s'il y a lieu.

R. PICHEVIN, *Directeur-Gérant*.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE DAIX FRÈRES.
Maison spéciale pour Journaux et Revues.



SOMMAIRE

DES EXSUDATS SÉREUX JUXTA-UTÉRINS

Par G. BOUILLY,

Professeur agrégé et chirurgien de l'hôpital Cochin.

Ce même sujet a été traité d'une manière remarquable par M. Vautrin (Congrès de chirurgie 1896); analysant et réunissant les faits déjà signalés par MM. Laroyenne, Condamin et Bonnet (de Lyon) et corroborés par des observations personnelles, cet auteur a tracé de main de maître l'histoire anatomique et symptomatique des *collections séreuses pelviennes*. Une thèse récente (Jocet, Paris 1897) n'a fait que paraphraser ce travail. Il semble donc inutile de reprendre ce même sujet sur lequel tout a été à peu près dit; cependant, cette notion ne paraît pas encore de connaissance si vulgaire qu'il n'y ait plus lieu de la rappeler et d'insister encore sur quelques points de détail.

Réduit à son dernier degré de simplicité, ce sujet peut se ramener à cette simple proposition : au cours d'une poussée inflammatoire d'origine annexielle ou utérine, il peut se développer dans le bassin des collections de sérosité, de siège et de volume variables, pouvant donner lieu à des symptômes spéciaux, à des difficultés réelles de diagnostic et devenir même la source d'indications opératoires. Ce simple exposé de la question implique ce fait que ces collections séreuses ne constituent pas une lésion isolée et sont toujours la conséquence d'un processus infectieux aigu ou chronique. Pozzi les décrit sous le nom de *péri-métro-salpingite séreuse* ; Vautrin sous les deux termes de *collections séreuses pelviennes* ou de *pelvi-péritonites séreuses*, « cette dernière dénomination même avec une certaine prédilection » (Vautrin). De fait, cette notion et cette terminologie entraînent l'idée de la pathogénie de la production séreuse. Je donnerais volontiers à ces épanchements le nom d'*exsudats séreux juxta-utérins* indiquant par ce terme d'*exsudat* la nature primitive inflammatoire et la tendance à la résorption souvent spontanée de la collection, et donnant ainsi à cette lésion une physionomie assez spéciale pour qu'elle ne soit pas perdue dans l'histoire générale de la pelvi-péritonite à laquelle, du reste, elle se rattache étroitement.

Il serait difficile de dire à quel moment de la poussée pelvi-péritonéale se fait la production de l'exsudat liquide ; la plupart du temps, les malades se présentent avec la lésion constituée, sans que l'on puisse savoir exactement le moment de son apparition. On ne pourrait acquérir cette connaissance que par l'examen régulièrement fait d'une malade observée dès les premières heures de la pelvi-péritonite et chez laquelle les signes seraient minutieusement notés à chaque jour. Ces examens répétés plus curieux qu'utiles pourraient, à cette période, ne pas être sans inconvénients.

Dans une observation (Observ. IX, thèse de Jocet), M. Vautrin trouve, au lendemain du début des accidents « le cul-de sac postérieur tendu et comme fluctuant ». Un jour après, la fluctuation pouvait être sentie au-dessus du pubis et le jour suivant la matité remontait jusqu'à deux travers de doigt de l'ombilic. La production de liquide paraît donc, dans les cas très aigus surtout, être contemporaine du début des accidents. Les symptômes évoluaient toujours depuis quelques jours déjà chez les malades où j'ai constaté la présence de cet exsudat.

Il est également difficile de savoir le degré de fréquence de cette complication dans la pelvi-péritonite. L'exsudat n'est guère apprécié et reconnu que s'il est déjà assez volumineux et surtout s'il siège dans le cul-de-sac postérieur ; s'il est peu abondant, s'il siège sur les parties latérales et en haut vers le fond de l'utérus, il passe inaperçu ; à travers une paroi épaisse, adipeuse ou contracturée ou ballonnée, il ne peut être reconnu. Souvent il ne peut être soupçonné que par l'augmentation rapide, presque subite des lésions, par l'envahissement des culs-de-sac qui deviennent pleins, tendus, par la rénitence des régions hypogastrique et iliaque où l'on pourrait croire au développement aigu de volumineuses collections tubaires ou ovariennes, et aussi par la disparition rapide de tous ces signes et de retour à l'état préexistant à la crise. Dans ces dernières années, j'ai observé et noté un nombre assez considérable de ces poussées séreuses ; mais j'ai le souvenir d'avoir laissé passer auparavant, sans les interpréter, bon nombre de faits semblables.

En tête des lésions pelviennes qui se compliquent de pelvi-péritonite et en particulier de pelvi-péritonite avec exsudat séreux, il faut ranger les *suppurations* de la trompe ou de l'ovaire ; à ce point de vue, les opérations sont très instructives. Dans l'hystérectomie vaginale, l'incision du cul-de-sac ouvre d'abord une collection séreuse et l'ablation des annexes ramène une trompe ou un ovaire suppurés ; quelquefois même, les divers temps opératoires peuvent démontrer les faits avec toute la rigueur d'une recherche anatomo-pathologique. Après l'incision du cul-de-sac et l'évacuation du liquide séreux, à quelques centimètres plus haut on peut apercevoir la paroi tendue d'une trompe ou d'un ovaire suppurés ; par la laparotomie, on peut apercevoir, au milieu des bosselures des collections séreuses, une trompe augmentée de volume et baignée dans la sérosité qui l'entoure.

Longtemps j'ai cru que la production de l'exsudat séreux était intimement liée à la suppuration des annexes et ne se faisait qu'en coïncidence ou mieux comme complication d'une salpingite ou d'une ovarite *suppurée*. C'est en effet le cas le plus fréquent, mais la nécessité d'une suppuration annexielle n'est pas absolue pour déterminer la poussée péritonéale suivie d'exsudation séreuse. J'ai observé plusieurs cas de pelvi-péritonite, d'allures modérées comme symptômes, compliquées de la présence incontestable d'un exsudat séreux rétro et latéro-utérin, dans lesquelles après la résolution rapide des accidents, il était impossible par l'examen le plus minutieux de percevoir une trompe ou un ovaire accessible, augmenté de volume ou douloureux. Dans un cas, l'utérus à la fin de la crise était seulement immobilisé en rétroversion par des adhérences molles et peu résistantes qui cédèrent au massage ; le délogement de l'utérus du cul-de-sac postérieur permit de constater l'intégrité des annexes et de faire l'application d'un pessaire de Hodge approprié.

En effet, l'infection de l'*utérus seul*, sans complication d'annexite, peut être suivie d'une pelvi-péritonite avec exsudation séreuse ; pour être moins fréquente que dans la salpingite, cette complication n'en existe pas moins dans la métrite. Le fait est de toute évidence dans les infections aiguës ou subaiguës post-puerpérales ou post-abortives ; la lésion est alors vraiment une *métro-péritonite*. L'infection se propage au péritoine par la voie lymphatique comme elle se transmet dans d'autres formes au tissu cellulaire péri-utérin, sans passer par la continuité de la muqueuse utéro-tubaire et ne touchant les annexes que de dehors en dedans, c'est-à-dire par leur revêtement péritonéal. Je laisse de côté ces faits de septicémie puerpérale à localisation péritonéale ; ils diffèrent trop de nos exsudats séreux par la gravité des phénomènes généraux, la tendance presque d'emblée à la suppuration, le défaut d'enkystement ; ils ne peuvent en être rapprochés que par la pathogénie, et nous fournir la preuve de la propagation infectieuse directe de l'utérus au péritoine.

Dans les cas qui nous occupent, cette preuve nous a été fournie surtout démonstrative par les opérations d'hystérectomie secondaire à la laparotomie pour lésions annexielles. A qui n'est-il pas arrivé, chez des femmes laparotomisées, ayant

subi une ablation complète des annexes, et continuant à souffrir, atteintes de leucorrhée, quelquefois de pertes sanguines, de constater sur les côtés ou en arrière de l'utérus, soit d'une manière continue, soit par intermittences, une petite collection fluctuante et douloureuse ? Cette collection se développe après une petite crise aiguë, augmente à l'époque menstruelle, puis diminue ou se résorbe dans l'intervalle pour reparaître quelque temps après. J'ai pu me convaincre soit par la laparotomie faite une seconde fois, soit et surtout par l'hystérectomie secondaire, que cette collection n'était autre qu'un exsudat péritonéal, qu'il ne pouvait être question de collection ni dans un moignon de trompe, ni dans un lambeau d'ovaire oublié. La laparotomie secondaire m'a aussi montré que si elle pouvait évacuer cette collection, elle ne suffisait pas pour en prévenir la récidive et que seule l'hystérectomie secondaire, en enlevant la source de l'infection, supprimait d'une façon définitive les douleurs et les signes d'exsudation péritonéale.

Il n'en reste pas moins avéré que l'exsudat séreux péri-utérin reconnaît le plus souvent pour cause une salpingite ou une ovarite suppurée ; mais ces lésions n'en sont pas la cause unique, et l'infection utérine seule peut être également incriminée.

L'anatomie pathologique de ces collections séreuses a été trop bien décrite par M. Vautrin pour que je m'attarde à reproduire sa description. D'après mes observations, le siège le plus fréquent ou au moins le plus souvent reconnu de l'exsudat séreux pelvien est le cul-de-sac postérieur ; on l'observe ensuite le plus fréquemment sur les parties latérales de l'utérus, dans les fosses iliaques et enfin à la région hypogastrique. Assez souvent, il siège dans le cul-de-sac postérieur et s'élève en même temps sur les côtés de l'utérus ; dans la fosse iliaque, il peut être assez abondant pour soulever la paroi de l'abdomen et faire une saillie facilement appréciable. La quantité de liquide que j'ai pu évaluer au moment de l'évacuation varie entre quelques grammes, une cuillerée ou deux à bouche et un 1/2 litre environ au maximum ; je n'ai jamais observé les grandes collections vues par M. Vautrin et remontant presque jusqu'à l'ombilic. Ce liquide n'est pas libre dans l'abdomen ; examiné au moment d'une laparotomie, cet exsudat apparaît sous forme de bosselures jaunâtres, plus ou moins grosses, enkystées dans une enveloppe d'une minceur extrême et contenues par l'agglutinement des anses intestinales, du péritoine pariétal ou de l'épiploon : il semble circonscrit par la continuité de fines adhérences et par une mince pellicule que la moindre violence suffit à rompre, en provoquant l'effusion d'un liquide jaune citrin, très fluide. Cet enkystement traduit une virulence relativement faible des lésions tubaires ou ovariennes qui ont provoqué la péritonite, à l'inverse de la sécrétion diffuse et des lésions généralisées de la septicémie péritonéale d'origine puerpérale. Dans un cas aigu, d'origine gonorrhéique, avec phénomènes généraux assez graves et retentissement péritonéal intense, l'examen du liquide évacué par l'incision vaginale a démontré la présence simultanée du streptocoque et du staphylocoque ; le liquide était clair, séreux, sans aucune apparence de suppuration. Du reste, en dehors de la puerpéralité, cette suppuration de l'exsudat séreux pelvien, au cours d'une pelvi-péritonite d'origine annexielle ou utérine me paraît absolument exceptionnelle ; pour mon compte, je ne l'ai jamais observée.

Au point de vue symptomatique, les exsudats séreux pelviens n'ont pas d'autre histoire clinique que celle de la pelvi-péritonite dont ils relèvent ; ce n'est que par l'examen local et les signes physiques qu'ils peuvent être décelés. Dans les cas subaigus ou chroniques, ils ne peuvent être que soupçonnés en coïncidence avec une lésion des annexes et par la présence d'une collection située en arrière ou sur les côtés de l'utérus et dont il s'agit d'apprécier les caractères. Dans cette forme, ces lésions séreuses secondaires ont peu d'intérêt et sont souvent méconnues ; l'histoire clinique ancienne de la malade et les signes fournis par les annexes altérées dominent tout en général.

La physionomie est différente et plus accentuée au cours d'une pelvi-péritonite aiguë, d'origine annexielle ou utérine.

L'exsudat en quelques jours acquiert de telles proportions qu'il prend la première place dans les signes physiques ; les culs-de-sac postérieur et latéraux, les côtés de l'utérus sont remplis et empâtés ; au-dessus du pubis et à la partie antérieure des fosses iliaques, se dessine une tuméfaction mal limitée avec rénitence et fausse fluctuation transmissible aux culs-de-sac ; tout paraît pris et envahi ; que la fièvre arrive à 38°5 ou 39°, degrés qu'elle ne dépasse guère, que quelques vomissements viennent compliquer la situation, que l'altération des traits exprime un état grave, et l'on est près de croire à une vaste suppuration envahissant toute la partie inférieure de l'abdomen ou pour le moins à la formation de grosses collections salpingées ou tubaires ; et voilà qu'au bout de quelques jours, tout ou à peu près rentre dans l'ordre ; le bassin redevient libre, les organes peuvent être appréciés ; l'exsudat s'est résorbé ou a diminué. Pendant la crise, mais surtout à son déclin, on peut au toucher reconnaître dans le cul-de-sac postérieur une collection étendue ou localisée, ou limiter une poche sur une des parties postéro-latérales de l'utérus, faisant saillie dans un cul-de-sac et remontant plus ou moins haut ; au toucher et au palper combinés, cette collection est fluctuante, difficile à nettement circonscrire. Par le toucher, elle semble à parois minces ; elle est immédiatement située sous la muqueuse vaginale sans épaisseur de tissus intermédiaires ; elle est peu tendue, elle est assez peu douloureuse ; elle ne donne guère l'impression d'une trompe ou d'un ovaire augmentés de volume et suppurés. D'aussi grosses lésions tubaires ou ovariennes ne vont pas sans induration ni empâtement des tissus voisins, sans une douleur plus vive, ni sans caractères plus nettement tranchés. Quelquefois, au moment d'un toucher, la collection crève sous le doigt, s'évanouit comme une bulle de savon et il n'en reste rien ; la petite quantité de liquide se répand dans le voisinage, sans que j'en aie jamais vu résulter le moindre inconvénient.

Si l'exsudat séreux est assez considérable pour être senti et faire relief au niveau de la paroi abdominale antérieure, au niveau de la région hypogastrique ou d'une des fosses iliaques, la tension de la poche et la fluctuation paraissent plus superficielles que dans les tumeurs annexielles les plus volumineuses ; on a la notion que la paroi elle-même prend part à la constitution de la tuméfaction et qu'il y a tendance à la formation d'un plastron où l'on retrouve l'épiploon, les anses intestinales agglutinées et la collection séreuse enkystée ; à ce niveau, la sonorité intestinale persiste ou n'est que peu diminuée.

Enfin, et si les signes physiques ne permettent pas de faire le diagnostic, l'évolution de la lésion permet en général d'en reconnaître les caractères ; en huit, dix ou quinze jours, ces exsudats se résorbent, et de toutes ces tuméfactions il ne reste plus rien ; l'examen ne permet plus de reconnaître que les signes d'une lésion salpingée ou tubaire, quelquefois la fixité de l'utérus avec empâtement diffus dans lequel il n'y a rien à distinguer et d'autres fois la liberté des cul-de-sac et du bassin, comme s'il n'y avait eu aucun phénomène inflammatoire.

Pour des observateurs non prévenus ou connaissant mal l'existence de ces exsudats séreux, ce diagnostic reste obscur ; je connais un cas de ce genre où chaque crise était cataloguée sous le nom d'hématocèle, et, de bonne foi, malade et médecin disaient depuis plusieurs années avoir assisté à intervalles plus ou moins éloignés à la répétition d'une série d'hématocèles.

De même, la disparition rapide et spontanée de l'exsudat sous l'influence du repos et des moyens les plus simples de traitement a fait croire à nombre de médecins à l'action spécifique de tel ou tel médicament pour la guérison d'une salpingite ou d'une ovarite ; la présence de ces tuméfactions dont la nature est mal interprétée, donne à la fois l'illusion d'une tuméfaction faite par la trompe ou l'ovaire et de la disparition rapide de la salpingite ou de l'ovarite sous l'influence d'un traitement quelconque.

Pour la même raison, la même erreur de diagnostic entraîne facilement à une indication opératoire inutile et fait croire à la nécessité d'une intervention radicale contre des lésions que tout contribue à faire attribuer à la trompe ou à l'ovaire malade.

Y-a-t-il lieu d'intervenir contre ces exsudats séreux ? et — question plus importante — y-a-t-il lieu d'instituer un traitement chirurgical actif contre la poussée péritonéale aiguë ou subaiguë, d'origine annexielle ou utérine, dont l'exsudat sé-



reux n'est qu'une expression anatomique et symptomatique? Dans l'immense majorité des cas, la réponse n'est pas douteuse; l'abstention chirurgicale doit être la règle de conduite.

La présence même bien nette d'un certain degré d'épanchement séreux ne doit pas modifier cette règle; une faible quantité d'exsudation séreuse péritonéale constatée dans le cul-de-sac postérieur ne représente pas un danger immédiat plus grand; elle ne permet que de soupçonner un degré de virulence assez considérable de l'agent infectieux et le plus souvent la suppuration d'une trompe ou d'un ovaire et entraîne un pronostic d'avenir réservé. L'indication opératoire ne se crée que si l'exsudation prend rapidement de grandes proportions, que si l'intensité des phénomènes généraux fait craindre le passage à la suppuration, que si la réaction péritonéale est intense et ne cède pas aux moyens médicaux ordinaires.

Dans ce cas, du reste, plane toujours une incertitude de diagnostic sur la nature de la collection constatée soit dans le cul-de-sac postérieur, soit à la région hypogastrique; l'idée d'un épanchement péritonéal suppuré ou en train de suppurer ne peut guère être écartée, et la nécessité d'une intervention s'impose. Mais, je le répète, ces cas sont rares, à moins que, comme Henrotin (Congrès de Genève 1896) on n'érige en principe l'utilité d'inciser le cul-de-sac postérieur dans toutes les poussées d'inflammation pelvienne. S'il était démontré que cette incision et l'évacuation de quelques grammes de sérosité péritonéale mettaient fin pour toujours aux lésions salpingées ou tubaires qui l'ont produite, cette conduite serait justifiée et recommandable; mais cet heureux résultat ne saurait être obtenu d'une façon aussi simple. Que si, au contraire, la pelvi-péritonite est d'origine utérine, sans participation de lésions annexielles, si elle est *primitive non compliquée* (Henrotin), l'incision du cul-de-sac postérieur réalise une indication de choix et doit être rapidement pratiquée. Ces cas sont peut-être plus fréquents dans la pratique que nous ne le supposons et peut-être leur fréquence méconnue donne-t-elle l'explication des nombreux succès enregistrés par le chirurgien américain. Il y a là une pratique à contrôler et à tenter peut-être plus souvent que nous ne le faisons en France. En tout cas, l'indication opératoire ne peut être fournie que grâce à un certain degré de distension du cul-de-sac postérieur par la sérosité péritonéale exsudée et c'est à ce point de vue que j'ai cru utile d'attirer à nouveau l'attention sur les exsudats séreux juxta-utérins.

MYXOME DES DEUX OVAIRES

Infiltration œdémateuse de l'ovaire gauche due à une torsion du pédicule. Phénomènes de péritonisme.

Par MM. Potherat, Chirurgien des hôpitaux, et Lenoble, Interne des hôpitaux.

L'étude des tumeurs solides de l'ovaire n'a été l'objet que d'un petit nombre de travaux. C'est à peine si M. le Dr Pozzi, dans son traité, leur consacre quelques lignes. Le seul travail complet qui ait été publié sur cette question est la thèse de M. Bourgoin, où cet auteur a réuni 32 cas de tumeurs solides de l'ovaire qui représentent à peu près toutes les observations connues à l'heure actuelle. Il s'agit surtout de fibromes, de sarcomes ou d'épithéliomes. Dans une leçon à laquelle nous ferons quelques emprunts, M. le Pr Cornil a fait connaître ses recherches sur l'examen histologique de quatre tumeurs malignes de ces organes. Nous n'avons nulle part trouvé signalé de myxome. Nous avons pu étudier une tumeur de cette nature enlevée sur une jeune femme de 26 ans. Si le tissu myxomateux ne s'y trouvait pas à l'état de pureté, c'est qu'il avait été modifié par certaines conditions morbides qui avaient imprimé à l'histoire clinique de la maladie un caractère spécial. En outre, le pédicule de la tumeur tordu sur lui-même a donné lieu au syndrome connu sous le nom de péritonisme. C'est là une complication des tumeurs solides relativement rare. En effet, nous n'avons pu trouver que deux observations analogues à la nôtre. La première lui est comparable par la ressemblance de certains symptômes. Dans la seconde, l'explication des signes ne fut donnée qu'à l'autopsie, l'intervention ayant été décidée trop tard.

I

Observation I (*personnelle*)

La nommée S... (Dorothée), âgée de 26 ans, ménagère, entre le 15 mars 1895, salle Lallemand, lit n° 17, service de M. le Dr Potherat, hospice de la Salpêtrière.

Rien de particulier dans les *antécédents héréditaires*, sa mère est morte de vieillesse, son père est encore vivant.

Elle-même n'a jamais été malade avant d'entrer dans le service. Elle a été réglée à 16 ans : ses règles étaient irrégulières, abondantes, durant de 3 à 4 jours.

Elle a eu trois enfants dont le dernier est âgé de sept mois. La malade est restée alitée pour le premier 21 jours ; elle avait de la fièvre. Pour le second, elle est restée 8 jours au lit. Pour le troisième, 5 jours seulement.

L'affection actuelle a débuté il y a sept mois, lors de sa dernière couche. La malade a commencé à ressentir des douleurs dès qu'elle quitta le lit après la naissance de son troisième enfant. Ces douleurs siégeaient dans l'abdomen et dans les reins. Elles étaient très vives et comparables à des brûlures. Plus violentes après la marche ou les fatigues, elles se calmaient par le repos. Néanmoins elle avait gardé son appétit et les digestions restaient bonnes. Elle ne se plaignait que d'une constipation permanente : les douleurs se réveillaient quand la malade allait à la selle. La miction n'était pas douloureuse.

Pendant les trois jours qui ont suivi l'accouchement la malade a eu une métrorragie continue. A cette perte succéda un écoulement aqueux de couleur roussâtre qui dura 30 jours. Huit jours après la fin de cet écoulement eut lieu le retour des couches sous forme de pertes abondantes mélangées de caillots, d'une durée de huit jours environ. A ces symptômes succédèrent 3 mois et demi d'aménorrée complète, suivie d'une nouvelle perte très abondante qui persista 8 jours. Un mois après, nouvelle métrorragie, d'une durée de 3 jours, pendant laquelle, à l'occasion d'un refroidissement, la malade ressentit une crise douloureuse si intense qu'on dut, pour la calmer, employer la morphine et recourir aux sangsues. Cette période de douleurs se prolongea jusqu'à son entrée à l'hôpital.

Actuellement les douleurs sont très atténuées, elles se font surtout sentir du côté gauche du ventre. Cependant l'appétit est bon, les digestions se font régulièrement, mais il existe toujours de la constipation. Il n'y a pas de céphalagie, pas de fièvre. Le sommeil est bon.

Les appareils respiratoire et circulatoire fonctionnent normalement.

L'examen des organes génitaux donne les résultats suivants :

Il n'existe pas de leucorrée, mais l'abdomen est légèrement ballonné, le ventre est douloureux, et la douleur est surtout exquise à mesure que l'on se rapproche du petit bassin. Cependant il n'y a pas de signes généraux de péritonite : la langue est bonne, la peau fraîche.

Au toucher, le col de l'utérus peu modifié est rejeté en avant. Dans son ensemble l'utérus est immobile et confondu avec une masse proéminente à gauche et dans le cul-de-sac de Douglas auquel elle semble adhérer. Elle est dure, volumineuse, arrondie, donne la sensation du corps utérin rétrofléchi et fusionné dans le cul-de-sac latéral gauche avec la trompe enflammée. L'immobilité de toute la masse est absolue.

Il ne paraît pas exister de lésion des annexes du côté droit.

L'examen est très douloureux, la malade se contracte et se prête difficilement à toute recherche un peu minutieuse.

Le palper abdominal combiné au toucher ne donne pas de renseignements bien nets, car la palpation un peu profonde est extrêmement douloureuse. Aussi ne peut-on pratiquer les examens au spéculum ni le cathétérisme.

On pose le diagnostic de *rétroflexion utérine avec salpingo-ovarite gauche d'origine puerpérale.*

La malade est soumise pendant quelque temps au repos absolu dans le décubitus dorsal : les symptômes généraux s'amendent à peu près absolument.

A quelques jours de là, l'abdomen étant redevenu souple et les douleurs très légères, on pratique un nouvel examen qui relève une modification considérable dans les symptômes primitivement observés.

L'utérus est redevenu mobile, la masse s'en est détachée ; elle ne proémine plus dans le Douglas. Mais le cul-de-sac latéral gauche est occupé par une tumeur nette, ronde, mobile, fuyant sous le doigt, paraissant fluctuante et que l'on peut saisir entre l'index introduit dans le vagin et la main déprimant l'abdomen. Dès ce moment une intervention est décidée et la laparotomie est pratiquée le 26 mars par M. Potherat. Ce qui décida M. Potherat à choisir la voie abdominale, c'est qu'il ne semblait pas que l'ovaire droit fût malade.

La patiente étant anesthésiée par l'éther au moyen du masque de Wanscher, on incise l'abdomen, on ouvre le péritoine et on va à la rencontre de l'utérus et des annexes.



M. Potherat trouve à gauche du corps utérin et amène facilement au dehors un ovaire gros comme une forte orange *mou, fluctuant* au point de faire croire à un kyste encore peu développé. La trompe du même côté est œdémateuse. La tumeur est portée sur un *long pédicule ayant subi trois tours de spire de droite à gauche* ; ces tours sont peu serrés, de sorte que la circulation se faisait sans trop de peine. M. Potherat put dérouler assez facilement le pédicule, malgré la présence de fausses membranes remplissant les sillons limités par les tours de spire.

L'examen des annexes du côté droit fait reconnaître que l'ovaire de ce côté est plus volumineux que normalement. Il est gros comme une petite mandarine, de consistance molle, de coloration blanc bleuâtre. La trompe est saine et surtout il n'existe aucun vestige de torsion du pédicule comme du côté opposé.

M. Potherat pratiqua l'ablation des deux ovaires et des deux trompes entre deux pinces ; un double fil de soie fut appliqué sur chaque pédicule.

Il n'existait aucune autre lésion dans le petit bassin, et l'utérus était normal.

L'examen macroscopique des annexes pratiqué immédiatement après l'opération donna les résultats suivants :

A la section parallèle à son grand axe, la tumeur du côté gauche, que l'on s'attendait à trouver kystique, était pleine et solide. Mais elle était œdématiée, et une grande quantité de liquide s'écoula à la coupe. A l'œil nu, la sérosité qui l'infiltrait semblait répartie entre des fibrilles nettement dissociées et circonscrivant des sortes de mailles très étroites et très allongées. Cette sérosité continua à s'écouler en assez grande abondance pour remplir à moitié le cristallisoir dans lequel avait été déposée la tumeur qui diminua légèrement de volume. La trompe présentait également cet aspect infiltré et lavé ; mais ses lésions étaient peu considérables et sa perméabilité utérine conservée.

L'ovaire du côté droit présentait, sur la coupe frontale, une infiltration analogue, mais beaucoup moins accusée. De plus, on rencontrait, de distance en distance, dans son épaisseur, de petits kystes bossuant la surface libre. La trompe correspondante paraissait saine.

On ne pouvait donc attribuer l'œdème de la grosse tumeur à la torsion du pédicule, puisque l'ovaire droit, qui ne présentait rien de pareil, offrait un aspect sensiblement analogue.

Les suites de l'opération furent des plus simples. La malade guérit en peu de jours sans avoir présenté de fièvre (1). M. Potherat la revit au commencement de juin. Son état était des plus satisfaisants.

Les deux ovaires et les deux trompes annexées furent mis dans la liqueur de Muller et examinés à la fin de juin 1895.

Examen macroscopique : *Ovaire gauche*. — Il est considérablement diminué de volume : son calibre n'est plus que celui de la moitié du poing d'un adulte. Sa consistance est ferme. La trompe correspondante est parfaitement saine, perméable et ne présente plus trace de l'infiltration légère qu'elle avait paru offrir au premier examen. Il existe un petit kyste oblong, du volume d'une noisette faisant corps avec le péritoine des ligaments larges et dépendant de l'organe de Rosenmüller qui se détache nettement par transparence. Son contenu liquide est d'aspect muqueux et de coloration jaune brun. Sa consistance ferme. Un deuxième petit kyste de la grosseur d'un grain de millet avoisine le premier et se relie à l'organe de Rosenmüller par un pédicule mince et grêle, d'une longueur de deux centimètres, par l'intermédiaire duquel il flotte librement dans la cavité abdominale. La forme générale de l'ovaire est celle d'un ovoïde à grand diamètre transversal. Sa couleur d'un gris blanchâtre est modifiée par le liquide dans lequel la pièce a séjourné.

Ovaire droit. — Lui aussi est revenu sur lui-même et n'a plus que le calibre d'une petite noix. Sa consistance ferme, sa couleur d'un jaune gris n'a rien qui le distingue de l'organe du côté opposé. La coupe frontale ouvre de petits kystes du volume d'un pois, d'où s'échappe un liquide jaune-brun épais, tandis que d'autres cavités analogues se devinent dans l'épaisseur des parties respectées par le couteau. La trompe est parfaitement saine et perméable, le pavillon normal. La forme générale de l'organe est modifiée par la présence des cavités kystiques qui bossuent la surface de la tumeur.

Nous avons prélevé sur chacun des deux ovaires une tranche haute de 3 millimètres, perpendiculaire au grand axe et comprenant toute l'épaisseur de l'organe. Inclusion à la celloïdine, coloration au carmin et à l'hématéine ; d'autres coupes furent colorées par l'éosine et l'hématoxyline.

Examen microscopique : *Ovaire gauche*. — Avec un faible grossissement on constate un bouleversement complet de la structure de l'ovaire : il ne reste plus trace de l'ordination normale. En particulier on recherche en vain la présence des vésicules de de Graaf. Ce qui saute aux yeux tout d'abord, c'est une infiltration sanguine répartie par traînées légères en certains points, mais ailleurs formant une véritable nappe diffuse. Les vaisseaux nombreux circonscrivent des sortes de mailles où se répartit le pigment sanguin. Dans les régions où les globules du sang se font rares existe une véritable infiltration de petites cellules rondes.

(1) Elle avait eu, pendant quelques jours avant l'opération, une élévation de température de 38° le soir.

Avec un grossissement plus considérable (Dumaige, Oc. 2, Obj. 4), on rencontre des fibres musculaires lisses surtout réparties à la périphérie. A ce même niveau, du tissu fibreux forme une sorte de coque présentant çà et là des traînées d'infiltration sanguine légère.

Les vaisseaux ne présentent aucune altération de structure.

Dans le reste de la préparation, on constate une infiltration de l'organe tout entier par un tissu néoplasique formé de petites cellules le plus souvent arrondies, mais ailleurs se présentant sous la forme d'étoiles avec des prolongements minces et grêles qui se rejoignent. Il y a là, en somme, un aspect tout à fait analogue à celui que présente le tissu myxomateux. Cette apparence est surtout rendue évidente par la coloration à l'hématoxyline-éosine.

De distance en distance le tissu néoplasique est dissocié et forme des mailles vaguement arrondies contenant la sérosité qui distendait l'organe. Dans ces points, il y a prédominance de tissu conjonctif à contour aréolaire (1). Ailleurs l'infiltration est réduite à son minimun. C'est dans ces points que prédomine la néoplasie parfois avec tous les caractères du tissu muqueux, d'autres fois remarquable par la présence de ces petites cellules rondes dont nous parlions plus haut et dont l'abondance est telle qu'elles se pressent les unes contre les autres.

En somme, il s'agit là tout à la fois d'un *ovaire œdématié et myxomateux*. L'infiltration sanguine doit être regardée comme la conséquence des tours de spire du pédicule. Si le tissu myxomateux est ainsi modifié et ne garde ses caractères essentiels que de place en place, cela tient, semble-t-il, à l'œdème surajouté qui se traduit ici par cette infiltration abondante de petites cellules arrondies.

Ovaire droit. — D'une façon générale sa structure est peu modifiée. On y trouve, vers le centre, des débris de corps jaune se présentant sous la forme d'une membrane plissée circonscrivant une cavité remplie de petites cellules étoilées réunies par de minces prolongements interceptant entre eux des mailles étroites.

A la périphérie, coque fibreuse normale, fibres musculaires lisses peu abondantes reparties çà et là. Immédiatemenl au-dessous on trouve de petites vésicules de Graaf en voie de développement. Plus profondément d'autres cavités un peu plus volumineuses sont vides.

Les vaisseaux ont encore ici leur structure normale.

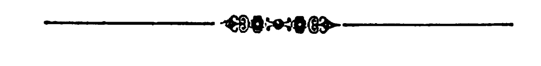
Les grandes cavités kystiques dont nous parlions plus haut sont presque adossées et séparées les unes des autres par des parois fibreuses. En réalité, ce ne sont pas des kystes, mais des vésicules de Graaf anormalement développées et de forme variable : les unes sont arrondies, les autres angulaires. Toutes ont leurs parois tapissées par de petites cellules arrondies, indépendantes les unes des autres et réparties sur cinq ou six rangées de profondeur. Elles ont toutes les caractères des cellules qui continuent les disques proligères, et font parfois de véritables saillies s'avançant dans l'intérieur de la cavité centrale. On n'y trouve pas trace d'ovules. Le centre est parfois occupé par une substance homogène, amorphe, uniformément colorée par l'éosine.

Dans le reste de l'organe, on constate une infiltration embryonnaire analogue à celle du gros ovaire. Çà et là, des régions criblées résultant de l'œdème constaté à l'examen macroscopique. Enfin des traces de tissu muqueux.

Dans cette pièce on assiste, pour ainsi dire, à la période préparatoire qui va donner naissance à la néoplasie si nette sur l'ovaire du côté opposé. La présence du tissu myxomateux au niveau des corps jaunes, pourrait-elle permettre d'affirmer le début de la lésion en ce point précis ? Nous ne nous croyons pas en droit de l'affirmer. Mais, dans ces deux ovaires, la présence concomitante de tissu myxomateux et d'infiltrations embryonnaire nous paraît constituer une association curieuse à constater.

(*La Gynécologie*, 15 février 1898.) (*A suivre.*)

(1) La pièce et les préparations ont été présentées à la Société anatomique (séance du 23 juin 1895). M. le professeur Cornil comparait cette infiltration à celle d'un membre œdématié. Il se rallie, du reste, à notre opinion et considère le tissu néoplasique comme probablemeut muqueux.





REVUE FRANÇAISE

Hofmeir.— DE LA MYOMOTOMIE ABDOMINALE. (*Annales de gynécologie*, février 1898.)

Quelle est la meilleure méthode des opérations *abdominales* pour myomes ? En principe, la question ne paraît pas difficile. Assurément, c'est celle qui permet, avec un minimum de danger pour la vie et la santé des malades, d'enlever les tumeurs d'une manière aussi simple que possible. Il semble qu'on tende, en France, à voir dans l'extirpation abdominale totale l'opération idéale pour fibro-myome. Les chirurgiens français ont apporté des modifications importantes à cette opération.

Pourquoi a-t-on cherché à enlever non seulement la tumeur, mais le col, au lieu de se borner à pratiquer l'amputation supra-vaginale ?

C'est que l'on redoutait que le col devînt le point de départ d'une hémorragie et d'une infection consécutive.

Telles furent les raisons données par Martin (de Berlin), quand il préconisa, en 1889, l'extirpation totale de la matrice par la voie abdominale.

Or, si l'on réussit, d'une façon quelconque, à supprimer ces deux dangers (hémorragie et infection consécutive) associés à la conservation du col, l'extirpation du col lui-même n'a plus de raison d'être.

La crainte que le moignon cervical ne devînt l'origine de maladies nouvelles, le siège d'autres tumeurs, etc., se réalise si rarement qu'il est impossible de trouver dans des éventualités aussi lointaines, aussi problématiques, l'indication à une opération plus complète, plus grave, si seulement l'on réussit autrement à supprimer les dangers réels que comporte le maintien du col *in situ*.

On ne peut nier que la méthode intra-péritoniale de Schrœder entraînait encore un certain nombre de dangers. Malgré tous les perfectionnements, on n'avait pas encore obtenu des résultats satisfaisants.

C'est alors que Hofmeier, en 1888, préconisa les modifications suivantes : 1° section de l'utérus et ouverture de la cavité utérine avec le thermo-cautère de Paquelin, escharification de la muqueuse du col ; 2° suppression de toute suture du moignon, hémostase préventive par ligature isolée des artères et au besoin par une suture marginée du pédicule cervical ; 3° isolement de la surface cruentée en la recouvrant largement avec le péritoine, de façon à ce que la plaie, sans distension des surfaces cruentées, restât complètement intra-péritonéale.

Hofmeier faisait remarquer que ce procédé donne les avantages suivants :

1° Désinfection la plus sûre possible de la muqueuse et de la surface cruentée par le fer rouge.

2° Suppression de la distension entre les surfaces cruentées suturées, et par suite de ses inconvénients, (comme principal inconvénient, je voyais la possibilité d'une modification partielle, effet d'une suture trop serrée, et comme conséquence de cette nécrose, l'éventualité d'un processus de suppuration chronique).

3° Plus libre écoulement par le vagin des sécrétions susceptibles de se produire.

4° Isolement plus sûr des plaies de la cavité abdominale.

Hofmeier ajoutait qu'il avait opéré 3 fois avec succès par cette méthode en 1888 et 1889, mais les 2 derniers cas se terminèrent par la mort. Il revint alors à la vieille méthode opératoire de Schrœder.

En 1891 Chrobak proposa, sous le nom de traitement rétro-péritonéal du pédicule, une méthode tout fait analogue, n'en différant que par des détails de technique peu importants et qui sous ce nom se vulgarisa bientôt. Le procédé suivi et appliqué déjà en 1886 par Bassini est entièrement sembable. Baer décrivit en 1892 une méthode identique. L'idée de ce procédé opératoire paraît s'être vulgarisé en Amérique et avoir servi de base au procédé décrit par Kelly en 1896.

Ces diverses méthodes sont identiques quant au principe. Ce principe est le suivant : prophylaxie de l'hémorragie, hémostase préventive par la ligature isolée des quatre artères, abandon de toute suture du moignon cervical et isolement de toute la surface cruentée par l'application du péritoine au-dessus, afin que cette surface cruentée devienne entièrement extra ou rétro-péritonéale.

Tout le reste consiste en détails accessoires de technique.

Hofmeier reconnaît que son maître Schrœder visait plus à faire une myomotomie qu'une hystérectomie, c'est-à-dire qu'il voulait pratiquer surtout l'extirpation des myomes. Par suite, il n'amputait pas l'utérus assez profondément. Il en résultait qu'une portion trop volumineuse de l'utérus restait *in situ*, que la ligature médiate de l'utérus n'était pas faite.

De ce fait, la surface d'excision donnait du sang, d'où nécessité de suturer et de rapprocher solidement les surfaces cruentées à l'aide de nombreux points de sutures.

En employant la ligature élastique, on courait le risque d'amputer l'utérus trop haut. Il est vrai qu'on pouvait éviter cet inconvénient en prenant la précaution de décoller les ligaments larges assez profondément.

On avait le souci exagéré du pouvoir infectieux de la cavité utérine et du danger qu'on voyait à laisser cette cavité ouverte. C'est de cette crainte qu est née la nécessité de fermer cette cavité au moyen d'une suture solide.

Jusqu'à quel point la cavité utérine contient-elle des germes infectieux ? Aux résultats des recherches bactériologiques sur l'innocuité absolue de la cavité utérine, Hoffmeier oppose la fréquence des affections infectieuses des trompes. Or, on admet que les micro-organismes trouvés dans les trompes viennent de la cavité utérine. Jusqu'à quel degré et dans quelle proportion ces germes, à l'occasion d'une amputation de l'utérus, deviennent-ils dangereux ? C'est une autre question. De nombreux auteurs ne prennent pas ces dangers pour insignifiants. Noble curette et lave l'utérus avant l'opération, et après l'amputation utérine, il suture le col avec des catguts qui sont placés superficiellement. Cette précaution est-elle utile ? Met-elle à l'abri de l'infection ? Hofmeier pense que cette préoccupation de ne pas laisser ouverte la cavité du col était grandement inutile.

Hofmeier se dispense maintenant d'ouvrir la cavité utérine avec le thermo-cautère.

Voici comment il opère depuis 4 ans :

1° Nettoyage à fond de l'utérus et du vagin avant l'opération. Pour la désinfection de l'utérus et de la cavité du col, on injecte dans l'utérus une ou quelques seringues d'une solution alcoolique phéniquée de 10 à 20 p. 100.

2° Après libération et attraction de la tumeur, section des ligaments larges jusqu'à leur base, ligature médiate des artères utérines des deux côtés au point où elles abordent le col.

3° Dissection de lambeaux péritonéaux volumineux sur les surfaces antérieure et postérieure de l'utérus et décollement aussi bas que possible de ces lambeaux.

4° Amputation du col aussi basse que possible en ayant le plus grand soin d'étancher les sécrétions qui, éventuellement, peuvent sourdre de la cavité cervicale. Si un point saigne, on le prend dans une suture au catgut.

5° Double couverture au moyen des 2 lambeaux péritonéaux et par une sutnre continue au catgut du pédicule.

6° Fermeture de la cavité abdominale par quelques sutures au fil d'argent et par une triple suture au catgut qui comprend le péritoine, les fascias et la peau de l'abdomen.

Hofmeier a pratiqué, depuis mars 1893, 45 amputations de l'utérus, d'après ce procédé. Dans tous les cas il s'agissait de myomes volumineux et non opérables par la voie vaginale. Il n'a eu qu'un décès (mort le 5° jour après l'opération). Ce décès est dû à un accident malheureux. En traversant le ligament large dans sa partie la plus profonde, on lésa superficiellement une anse d'intestin située dans le Douglas.

Les détails de technique opératoire diffèrent peu et n'ont qu'une importance bien secondaire. Peu importe l'endroit où on lie les artères utérines. L'usage du thermo-cautère est indifférent, au point de vue des résultats.

Quel que soit le procédé, qu'il soit extrêmement brillant ou un peu lent, le principe de l'opération et le résultat d'ensemble, en dépit de ces différences techniques, restent les mêmes.

Voici quelques résultats :

La méthode américaine donne, d'après la statistique de Noble, qui porte sur 345 cas, une mortalité de 4,3 p. 100 (cas de Kelly, Baldy, Penrose, Bold, Noble).

La méthode rétro-péritonéale des opérateurs allemands, qui ne diffère guère de la méthode dite américaine, porte sur 338 cas (Olshausen, Chrobak, Rosthorn, Erlach, Kuestner, Hofmeier). On relève 12 morts, soit 3,55 %. Si on compare ce chiffre avec le pourcentage de la mortalité de l'hystérectomie par la méthode américaine (4,3 %), on voit que le résultat est meilleur dans l'ensemble.

Si on réunit tous les cas opérés d'après une méthode à peu près conforme, à savoir l'amputation supra-vaginale de l'utérus avec conservation du col ou d'une partie du col, ligature isolée des vaisseaux, abandon de toute sorte de sutures et isolement du pédicule en le recouvrant largement avec le péritoine, on arrive au chiffre de 673 cas avec 23 morts, soit 4,2 p. 100.

Et on peut rapprocher de ces cas ceux qui ont été publiés par Zweifel et Treub, qui ont pratiqué l'hystérectomie abdominale suivant des procédés semblables (Zweifel a eu 5 morts sur 122 opérations et Treub 7 morts sur 100 opérations).

Est-il nécessaire, étant donnés les résultats remarquables qu'on obtient à l'heure actuelle dans tous les pays avec l'amputation supra-vaginale, de maintenir en principe la nécessité de l'extirpation du col, c'est-à-dire de l'extirpation abdominale totale, et de continuer toujours à imaginer de nouvelles méthodes dans le but de la faire plus parfaite ? Les chiffres précédents démontrent qu'on n'a plus à redouter de voir le col conservé devenir l'origine de



l'hémorragie et de la septicémie. Il sera bien difficile d'arriver jamais à abaisser la mortalité de la myomotomie abdominale audessous de 3 à 4 p. 100 si l'on ne veut pas s'astreindre à n'opérer que des cas tout à fait simples. Car on sait combien les conditions sont complexes dans certains cas et combien souvent les malades sont dans un état pitoyable ; on sait aussi qu'elles peuvent succomber sous des influences autres que des complications ayant leur origine dans la plaie opératoire.

L'hystérectomie abdominale totale donne-t-elle des résultats meilleurs ? Il est difficile de répondre d'une façon générale. La statistique d'Olshausen qui porte sur 520 opérations donne 50 morts, soit une mortalité de 9,6 p. 100.

Il est possible que la statistique puisse être améliorée, mais l'extirpation abdominale totale, toutes choses égales d'ailleurs, est une opération plus difficile et entre les mains de la plupart des opérateurs plus dangereuse sous le rapport de l'hémorrhagie et des lésions intercurrentes. Simple et facile, elle ne l'est que dans les cas simples, dans ceux où le chirurgien peut sans difficulté atteindre la portion inférieure de la tumeur.

La meilleure des opérations abdominales pour myomes est celle qui entraîne le moins de risques *quoad vitam*, qui procure le plus de garanties contre la perte de sang et les lésions intercurrentes et qui offre le minimum de difficultés techniques. *Cette opération idéale est l'amputation supra-vaginale de l'utérus, avec traitement rétro-péritonéal du pédicule cervical.*

Hofmeier termine en demandant si la méthode dite américaine mérite bien ce nom. Dans tous les cas, les résultats obtenus par les gynécologistes allemands qui se servent de la méthode rétro-péritonéale ne le cèdent aucunement à ceux qui ont été publiés par les américains. L'auteur se félicite de constater que les résultats du traitement intra-péritonéal du pédicule préconisé par Schrœder se rapprochent de ceux de l'ovariotomie.

G. Richelot. — ANOMALIE GÉNITALE. (*Bulletin médical.* 1898, p. 165).

Une fille de 19 ans, jusqu'ici bien portante, régulièrement et abondamment réglée, sans aucun passé utérin, eut ses règles normales le 1er juillet 1896 et depuis ce jour continua à perdre sans interruption. Le 24 août curettage. Arrêt de l'hémorragie pendant 15 jours. Mais les pertes reviennent. Pas de fièvre ; pas de douleurs à l'examen ; constatation d'une masse pelvienne rénitente remplaçant le cul-de-sac vaginal droit et l'antérieur. Le col était petit. La limite n'était pas franchie entre la tumeur et l'utérus, mais combien de fois n'observe-t-on pas, quand la masse est volumineuse, cette fusion avec les annexes d'un côté. Bref, il était certain qu'il existait une tumeur, mais de quelle nature. Était-ce un fibrome ? Il n'y avait ni douleurs, ni fièvre, ni fluctuations. Mais deux motifs empêchaient d'admettre ce diagnostic : 1° La tumeur était franchement latérale et le fibrome latéral que les médecins croient souvent reconnaître est presque toujours une annexite ; 2° la malade avait 19 ans. Le diagnostic était en suspens. Aussi M. Richelot choisit-il la voie abdominale.

La tumeur n'était autre chose que l'utérus lui-même. Il était libre, non dévié, sans adhérences, et placé sur le côté droit du petit bassin. Il était de volume à peu près normal : mais entre les deux trompes, il n'y avait qu'un centimètre de distance, le fond de l'utérus et la corne droite ayant subi un arrêt de développement. La trompe droite était mince et fine. Pas de pavillon, ni d'ovaire, ni de ligament rond de ce côté. Le bord supérieur du ligament large, au lieu de se diviser en 3 ailerons, était simple ; dans son ensemble, le ligament était mince, transparent et souple, et dans le sens transversal expliquait la position latérale de l'utérus.

A gauche trompe saine, mais de grande taille et un ovaire magnifiquement blanc, normal et représentant le volume des 2 ovaires.

La laparotomie exploratrice ne donna aucun renseignement sur la cause de l'hémorragie.

Une thérapeutique intra-utérine suivie d'un curettage très soigné, le drainage de la cavité, etc., amenèrent la guérison, l'arrêt des hémorragies.

Ces cas de latéro-position congénitale de l'utérus, par développement incomplet d'une de ses cornes et des annexes correspondantes, se rattache à des variétés connues. Je l'ai cité comme exemple de malformation utérine prise pour une annexite et surtout comme un exemple de ce fait que, malgré les renseignements fournis par la palpation et l'interrogatoire de la malade, on est bien souvent réduit, en gynécologie, à des diagnostics pleins de réserve, heureux si l'on peut toucher du doigt, non la lésion anatomique, mais l'indication vraie.

REVUE ANGLAISE

J. Shaw-Mackenzie. — ENDOMÉTRITE HÉMORRAGIQUE. (Soc. méd. de Londres, 13 déc. 1897. *Brit. med. J.*, 18 déc. 1897.)

L'auteur, relevant les difficultés de diagnostic entre l'endométrite chronique et l'adénosarcome au début, montre des préparations microscopique des deux lésions et deux utérus enlevés pour des hémorragies de la ménopause, rebelles à tout traitement, y compris les curettages répétés. Les deux malades, dont la vie était compromise sont guéries depuis 4 ans et 9 mois respectivement. L'expression *d'endométrite hémorragique* correspond cliniquement à des hémorragies utérines de causes diverses locales ou générales, et dans lesquelles l'examen microscopique révèle les lésions de l'inflammation chronique à des degrés divers. La ménorragie est imputable, chez beaucoup de célibataires, à la gonorrhée et à la syphilis associée à des lésions ovariennes ; elle est fréquente chez les autres après l'avortement ou l'accouchement suivi de subinvolution et chez les jeunes Femmes adultes elle peut relever de la syphilis héréditaire et se montrer chez plusieurs sœurs, comme il l'observe en ce moment. L'auteur termine par des considérations différentielles, cliniques et histologiques, sur l'épithélioma, l'adéno-sarcome, et la syphilis du corps et du col.

Discussion : *Menaughton Jones* a montré, il y a plusieurs années, une coupe d'endométrite hémorragique qui a fini par un sarcome. Des états très différents ont été décrits sous le nom d'endométrite, hémorragique, qui n'est pas un terme scientifique. Dans un cas il a enlevé un petit polype qui a été déclaré de nature maligne et la malade a pleinement recouvré la santé : chez 2 Femmes de 24 et 32 ans, après dilatation, il a badigeonné toute la cavité à l'acide chromique et, les hémorragies persistant, il n'a eu d'autre ressource que d'enlever l'utérus.

Clément Godson a vu, 5 ans avant l'opération, une des malades auxquelles il a été fait allusion et, en présence de leur état général, il n'a pas hésité à conseiller l'hystérectomie.

Edge demande si, parce que sur 100 cas d'hémorragie durant depuis plusieurs années, 10 sont ou deviendront malins, on est autorisé à faire d'emblée l'hystérectomie ? Il est possible qu'un traitement précoce eût pu éviter le développement des lésions malignes dans ces 10 cas, mais il craint qu'une telle théorie n'entraîne à des excès chirurgicaux.

Granville-Bantock n'a qu'une confiance modérée dans le microscope pour ces cas. Trois fois il a cru nécessaire l'hystérectomie pour endométrite hémorragique. La 1re malade, de 27 ans, avai subi plusieurs curettages : à la dilatation, il trouve une cuillerée de tissus mous que l'histologiste déclare être de l'endométrite : aujourd'hui l'opérée va bien. Les 2 autres ont passé la ménopause, l'une est morte de cancer du foie, l'autre se porte bien. Schaw-Mackenzie incrimine la syphilis dans beaucoup de cas : s'il en était ainsi, on l'observerait plus souvent.

Purslow. — ABCÈS DE L'OVAIRE. (As. méd. angl. 29 oct. *Brit. med. J.*, 11 déc. 1897.)

Un an avant, la malade se croyant à tort enceinte, s'était introduit elle-même dans l'utérus un crochet de bois pour se faire avorter. A la suite de cette tentative, violente poussée de péritonite progressivement améliorée, mais ayant laissé une tuméfaction fixe occupant, à gauche, le quart postérieur du bassin. Douleur continue, amaigrissement, hecticité. Laparotomie ; masse adhérente formée par la trompe peu altérée et par l'ovaire rempli de pus. Guérison.

Purslow. — KYSTE OVARIQUE TORDU COMPLIQUANT LA GROSSESSE. (Soc. méd. du Centre, 1er déc. 1897. *Brit. méd. J.*, 1er janv. 1898.)

Femme mariée depuis 4 ans : un avortement antérieur à 4 mois. Après 7 semaines d'aménorrhée, douleur violente et soudaine, vomissements, collapsus, abdomen distendu, mat dans sa moitié inférieure. Diagnostic douteux inclinant vers une rupture de grossesse extra-utérine. Laparotomie, on trouve un kyste tordu et étranglé et un utérus gravide. Suites normales et la grossesse, 9 semaines après l'opération, suit son cours.

St. Bonnet.

REVUE RUSSE

Ivanov. — UN CAS D'ADÉNO-FIBROMYOME KYSTIQUE SARCOMATEUX ET CARCINOMATEUX. (*Vratch.*, 1897, n° 49, p. 1419, et n° 50, p. 1445.)

Femme de 43 ans. Malade depuis une dizaine d'années : douleurs dans le bas-ventre, pertes blanches, hémorragies. Examinée la première fois en 1891 sans qu'on ait rien découvert de spécial. Mais l'année suivante on peut constater, derrière un col absolument normal, que, par le cul-de-sac postérieur perforé, fait



saillie une tumeur en chou-fleur, saignante. L'orifice cervical est très étroit, la sonde ne pénètre pas au delà de l'orifice interne. Ablation à la curette de la tumeur post-cervicale, qui manifestement vient du cul-de-sac de Douglas, perforant le vagin sans l'intéresser. Amélioration passagère.

En 1893, nouvelle récidive, nouvelle ablation. Les fragments extirpés, examinés par Routkovsky, ont l'aspect d'un adéno-carcinome. En 1897, la tumeur a encore récidivé, envahissant cette fois le vagin, comprimant la vessie, le rectum. La malade meurt.

Autopsie : Énorme tumeur, grosse comme la tête d'un enfant, remplissant tout le bassin. Elle intéresse surtout la paroi postérieure du corps et du col utérin, mais il existe aussi quelques noyaux dans la paroi antérieure. Le péritoine, le poumon, les plèvrent portent des noyaux cancéreux secondaires. Péritonite.

Examen de la tumeur : Tumeur en grande partie fibreuse. La muqueuse du corps, du col, du vagin n'est pas intéressée. La tumeur contient plusieurs noyaux ramollis, d'autres nettement septiques. A première vue c'est donc un fibrome dégénéré, mais la généralisation parle nettement en faveur d'un néoplasme malin.

Examen micoscopique : Cet examen montre qu'on peut diviser la tumeur en deux portions distinctes. La première portion, située à l'arrière de la tumeur, est constituée par une masse serrée de cellules fusiformes, avec une très petite quantité de tissu conjonctif interstitiel (sarcome). La seconde portion, dans la direction du cul-de-sac vaginal et perforant ce cul-de-sac, contient des éléments glandulaires, dont la lumière est pleine de cellules épithéliales sans aucun tissu intermédiaire, sans membrane basale, irrégulièrement disposées isolément ou en groupe (adéno-carcinome). D'autre part, une grande partie de la portion antérieure de la tumeur est composées de tissu conjonctif fasciculé et de fibres lisses. Enfin, elle contient un certain nombre de kystes, tapissés d'un épithélium cylindrique ordinaire. Les généralisations sont carcinomateuses.

Le cas que Ivanov relate est loin d'être fréquent : il n'en a rencontré dans la littérature aucun qui puisse d'une façon authentique s'étiqueter adéno-fibryome kystique sarcomateux et carcinomateux.

Au sujet de l'origine de cette tumeur, Ivanov pense qu'elle a débuté sous forme d'adéno-myome de la paroi postérieure de l'utérus, (longue durée du stade bénin). Sous l'influence d'une cause inconnue (irritative) elle a commencé à subir une transformation sarcomateuse ; de par la même cause le tissu épithélial a proliféré, comme cela arrive quelquefois dans les adéno sarcomes du sein. Il y a donc eu deux parties : une postérieure transformée en adénofibrosarcome et une autre inférieure, vaginale, transformée en adénome, puis en adéno-carcinome. Le moment exact de cette transformation ne peut être déterminé.

Ce cas est intéressant, parce que : 1° il montre la transformation possible de l'adénome bénin en un néoplasme malin ; 2° il indique la façon dont le cancer se développe au sein du fibrome.

Quant au diagnostic clinique, il est des plus difficiles. Même à la suite d'une opération partielle, la maladie ne peut être véritablement reconnue. Du reste, les fibro-sarcomes, en général, bien qu'à l'état de pureté, sont des plus difficiles à diagnostiquer.

P. T. Alekseiev. — EXAMEN MICROSCOPIQUE DE LA PORTION VAGINALE DE L'UTÉRUS DANS 11 CAS DE PROLAPSUS. (Thèse de Saint-Pétersbourg, 1897.)

Alekseiev a trouvé que le prolapsus s'accompagne toujours de modifications considérables au niveau des portions prolabées. D'une manière générale, ces modifications se traduisent par de l'œdème et de l'inflammation chronique du parenchyme et de la muqueuse. Les lésions constatées par le microscope ont été 1°) Transformation cornée de la muqueuse vaginale du col, avec ulcérations plus ou moins prononcées. 2° Modification de l'épithélium du canal cervical qui, de cylindrique sur une seule couche, devient cylindrique pluristratifié. 3° Hypertrophie et dégénérescence des glandes muqueuses du col. 4° Dilatation des vaisseaux lymphatiques et veineux, dégénérescence athéromateuse des artères 5° Atrophie de l'élément musculaire, développement du tissu conjonctif. 6° Infiltration de cellules embryonnaires en îlots, surtout autour des vaisseaux et des glandes. Quant au tissu conjonctif lui-même, il ne subit aucune altération.

G. E. Rein. — VAGIN ARTIFICIEL. (Comptes rendus de la Société de Gynécologie de Kiew, *Vratch* n° 46, p. 1342, 1897.)

Depuis 1892 on a fait à la clinique gynécologigue de Kiev plusieurs essais de vagin artificiels tant dans les cas d'hématométrie que dans les cas d'atrésie utérine. L'année dernière, Sapejko a fait un vagin artificiel en transplantant la muqueuse d'une autre malade. Son essai n'a pas donné de résultats pleinement satisfaisants. Le prof. Rein possède 7 observations analogues avec réussite plus ou moins grande.

Chez une malade, présentant une absence totale du vagin et un utérus absolument rudimentaire, le succès fut des plus brillants: il y a 8 mois que l'opération a été accomplie et on peut juger des résultats.

Dans les opérations de ce genre on doit poursuivre trois buts : 1° former un cul-de-sac, ayant la forme, la position, la longueur d'un vagin normal ; 2° le tapisser d'une membrane épithéliale; 3° conserver les dimensions du néo-vagin en empêchant la rétraction cicatricielle.

Actuellement, avec les connaissances précises d'anatomie topographique que nous possédons, le premier objectif peut être facilement atteint : on arrive ainsi en quelques minutes à créer un cul-de-sac qui permet l'introduction d'un fort spéculum sans même cathéthériser l'urèthre et mettre un doigt dans le rectum. Chez la malade du prof Rein, le cul-de-sac fermé eut 10 à 11 centimètres de longueur.

La seconde partie de l'opération est la plus délicate, non comme manuel opératoire, mais comme résultat ultérieur. Il consiste à greffer un lambeau épithélial sur le tissu conjonctif cruenté du cul-de-sac. Chalita, dans son cas, fit une greffe épidermique à la Reverdin. Sapejko a transplanté de grands lambeaux d'une muqueuse vaginale étrangère. Küstner un fragment d'intestin qui venait d'être enlevé à un malade. Rein s'est servi de la peau des parties avoisinantes.

Quatre lambeaux suffirent : deux inférieurs (10 × 2.5 cent.) provenant de la fourchette et deux supérieurs (9 × 2 cent.) venant de la face interne des grandes lèvres. L'auteur prit la précaution de ne pas les exciser complètement, mais de les replier simplement et de les suturer l'un à l'autre. Rein insiste sur la nécessité de tapisser *complètement* les parties qui doivent être recouvertes et ne pas se fier à la croissance et à l'agrandissement des îlots épithéliaux. Il résulte, en effet, des observations du prof. Podvivostsky, que, dans ce cas, la limite reste toujours tranchée entre la membrane épithéliale, transplantée et le tissu de granulation cicatricielle et que l'épithélium ne s'agrandit jamais. Même lors de la guérison complète, la superficie, très petite (pièce de 50 centimes) qui n'avait pas été tapissée de la membrane transplantée, formait un bloc de tissu cicatriciel et ne possédait aucun épithélium.

La troisième partie de l'opération consiste à empêcher le rétrécissement ultérieur. Quelquefois la chose est absolument impossible et les malades ont beau porter des bougies à demeure, le néo-vagin se rétrécit. Rein a employé dans son cas une boule de verre de 5 centim. de diamètre, attachée à un fil de soie. La malade, depuis 8 mois, porte la boule, l'enlève et la remet facilement elle-même. Cette boule a empêché tout rétrécissement.

Rein préfère la boule à l'olive, la trouvant plus physiologique : le vagin normal, plein d'eau par exemple, a la forme d'un entonnoir. A l'examen de la malade de Rein, on constate un vagin d'aspect normal ; il possède même deux colonnes rugueuses, restes des sutures qui rappellent les colonnes vaginales habituelles. Les rapports sexuels se font normalement ; la malade avoue même y trouver un plaisir particulier, ce qui la pousse, ainsi que son mari, à certains excès.

Notons, pour terminer, que, dans le cours de l'opération, il ne faut employer que de l'eau stérilisée, tous les antiseptiques agissant d'une manière nuisible sur la vitalité des lambeaux.

K. R. Henriksen. — CORPS ÉTRANGERS DES ORGANES GÉNITAUX. (*Vratch*, n° 47, p. 1878, 1897.)

Henriksen a observé quatre cas de corps étrangers des organes génitaux. Dans l'un il s'agissait d'une aiguille à tricoter restant une année et demie dans l'urèthre ; dans l'autre d'un pessaire si profondément implanté dans le vagin qu'il fallut le couper en morceaux pour l'enlever ; dans un troisième, d'une aiguille à suture restée dans le col à la suite d'une opération. Mais le cas le plus curieux est celui d'une femme auquel un médecin fit, par ordre d'un mari jaloux, une incision sur le bord de chaque grande lèvre, par laquelle il passa un petit anneau d'or. Quand les plaies guérirent et que les anneaux furent définitivement enchâssés dans les tissus, le mari les rejoignit au moyen d'un cadenas en or, dont lui seul connaissait le secret.

Léon WEBER.

REVUE DES THÈSES

F. V. Castillo. — DE LA COLPO-CŒLIOTOMIE SANS HYSTÉRECTOMIE DANS L'EXTIRPATION DES LÉSIONS UTÉRO-ANNEXIELLES. (*Thèse Paris*, 1897. Résumé de la pratique de la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu.)

Pour le savonnage préliminaire de la cavité vaginale, l'auteur préconise l'emploi d'un doigt de gant en crin, « aussi avantageux et moins brutal que la brosse à main ».



Colpo-cœliotomie postérieure. — L'incision préférable ne serait autre que « la demi-circonférence postérieure de la circulaire du col, pratiquée au début de toute hystérectomie vaginale » recourbée à ses extrémités dans la direction de l'orifice externe du col. Pour sectionner le vagin, les ciseaux sont l'instrument de choix. Pour effondrer le cul-de-sac péritonéal, le plus sûr est d'user d'une longue valve introduite à fond le long de la face postérieure de l'utérus. On se donne ensuite plus de jour à l'aide d'une grande pince à pansement introduite fermée dans la cavité péritonéale et retirée ensuite, les branches écartées. S'il s'agit d'une tumeur liquide, on commencer par la ponctionner, pour peu qu'on en craigne la rupture. Les adhérences « seront patiemment détruites à l'aide d'un ou plusieurs doigts, manœuvrant généralement de bas en haut le long des parois de l'excavation pelvienne ». La tumeur une fois amenée dans le vagin on assure l'hémostase du pédicule à l'aide de ligatures ou de pinces à demeure.

Dans les cas particuliers de tumeurs d'origine tubaire, « la bascule ou luxation temporaire de l'utérus dans le vagin, surtout praticable et avantageuse dans la colpo-cœliotomie antérieure, peut néanmoins rendre encore de grands services dans la colpo-cœliotomie postérieure. Dans cette manœuvre, le fond de l'utérus est tout d'abord accroché avec les doigts et l'organe amené en rétroversion ; puis la paroi postérieure est suivie avec une ou plusieurs pinces à traction qui sont, suivant les circonstances, déplacées un plus ou moins grand nombre de fois, mais qui, à chaque reprise, s'accrochent de plus en plus près du bord supérieur. Vient un moment où la base de l'organe apparaît entre les deux tissus de l'incision et s'y engage, entraînant avec elle les annexes insérées sur ses angles. L'utérus, saisi par son fond, est alors fortement incliné du côté opposé à celui où l'on se propose d'abord d'enlever les annexes. Celles ci, dans les cas simples, sont alors libérées sans difficultés après ligatures en dehors et en dedans, au niveau du ligament infundibulo-pelvien et de la corne utérine. »

En cas de tumeur annexielle solide, si elle est trop volumineuse pour être extirpée d'un bloc, mieux vaut abandonner la cœliotomie pour l'hystérectomie vaginale ou même la laparotomie plutôt que d'opérer le morcellement, pour peu que l'hémostase préalable soit difficile. Par contre, pour les fibromes de la paroi postérieure de l'utérus, le morcellement est facile et sans danger.

Dans la plupart des cas, on laissera l'ouverture péritonéale béante, avec drainage à la gaze.

Colpo-cœliotomie antérieure. — A l'incision longitudinale de Mackenrodt (qui donne moins de jour, du fait des tractions exercées sur l'utérus et qui expose à la blessure de l'urèthre et de la vessie) l'auteur préfère une incision transversale qui est exactement le pendant de celle qu'il a déjà proposée pour la colpo-cœliotomie antérieure. Le cul-de-sac péritonéal étant ouvert, pousser aussi loin que possible, sur les parties latérales, le décollement de la vessie, de façon à bien libérer les uretères. Ceci fait, s'agit-il d'une tumeur péri-utérine, on procède d'abord à une exploration minutieuse de la cavité pelvienne : « A cet effet, un ou plusieurs doigts, introduits dans le péritoine, suivant d'abord la face antérieure de l'utérus, dont les dimensions seront, chemin faisant, appréciées, puis se porteront alternativement à droite et à gauche de la ligne médiane et d'avant en arrière, le long des annexes et des parois latérales de l'excavation. Mais l'exploration digitale sera généralement insuffisante, car, le plus souvent, elle ne permettra pas d'atteindre le fond du cul-de-sac de Douglas : à l'exemple de Dührssen et de Martin, nous ferons alors basculer l'utérus en avant pour, non seulement toucher, mais encore voir cette partie la plus déclive du péritoine pelvien.

La luxation de l'utérus dans le vagin sera d'ailleurs le plus souvent nécessaire pour pouvoir extirper la tumeur annexielle, et il suffit de l'avoir pratiquée une fois pour se rendre compte des avantages indiscutables de cette manœuvre. Pour la réaliser, il est évidemment nécessaire que le volume de l'utérus ne soit pas exagéré ; mais les chirurgiens qui ont l'habitude de l'hystérectomie vaginale, savent combien sont parfois hypertrophiés ceux que l'on parvient ainsi à faire basculer dans le vagin. Pour mener à bien cette manœuvre, il est nécessaire de *repousser tout d'abord profondément dans le cul-de-sac postérieur, le col utérin, jusqu'ici attiré vers la vulve.* Ce simple mouvement suffit parfois pour obtenir le résultat désiré. Dans le cas contraire, on saisit la face antérieure de l'utérus avec une première pince à traction, puis au-dessus de celle-ci, on en place une deuxième qui mord l'utérus un peu plus près de son bord supérieur que la précédente, et ainsi de suite jusqu'à ce que le fond de l'organe glisse dans la cavité vaginale.

Si les annexes ne sont pas adhérentes, elles sont généralement entraînées avec l'utérus, et se montrent en partie ou en totalité sur les bords de la face postérieure de l'organe. Si elles sont adhérentes, recourir à une manœuvre analogue à celle qui a servi à pratiquer la bascule utérine. 1re pince sur la corne utérine correspondante aux annexes à enlever ; 2e pince en dehors de celle-ci et, ainsi de suite, de façon à « dérouler la trompe » pour arriver sur le pédicule externe ; grâce à cette manœuvre, l'ampoule tubaire et l'ovaire qui lui est ordinairement adhérent se luxent brusquement à un moment donné, dans le vagin. On place alors 2 ligatures, l'une sur le ligament infundibulo-pelvien, l'autre en dehors de la corne utérine et l'on sectionne les parties comprises entre ces deux ligatures.

En cas d'insuccès de la manœuvre précédente, attirer fortement l'utérus basculé dans le vagin « à l'aide d'une pince placée sur son fond, du côté opposé à celui où l'on veut manœuvrer. Puis un fil est jeté sur la corne utérine et une pince hémostatique saisit la trompe en dehors de cette ligature ; un coup de ciseaux entre le clamp et la ligature détache la trompe de l'utérus. A l'aide des doigts enfoncés profondément, on décortique patiemment la tumeur annexielle, et il est rare qu'à la longue on n'arrive pas à l'amener dans son entier entre les lèvres de l'incision vaginale. » En cas d'impossibilité de placer une ligature, se contenter d'un clamp sur le pédicule externe. — En cas d'impossibilité de décortiquer les annexes adhérentes, l'auteur rappelle, sans donner son opinion à ce sujet, que Condamin a proposé la *salpingo-ovariotripsie.* Il se déclare, pour des raisons déjà connues du lecteur, adversaire résolu de la vagino-fixation.

Indications et contre-indications de la colpo-cœliotomie. — Ne l'employer en cas de tumeurs solides ou liquides des annexes, que si ces tumeurs ne sont pas trop volumineuses. Nous nous plaisons, avec l'auteur, à rappeler ces conclusions de M. Bouilly : « La voie vaginale paraît tout à fait recommandable quand le kyste est petit ou de moyen volume, gros comme une pomme, comme le poing, qu'il est franchement situé dans le cul-de-sac postéro-latéral, à plus forte raison quand il se trouve enclavé derrière l'utérus, toutes les fois en un mot, qu'il est plutôt pelvien qu'abdominal. Dans les conditions inverses de volume et de siège, la laparotomie s'impose et devient l'opération de choix. »

L'ablation des ovaires prolabés, des hématosalpinx, constitue le triomphe indiscutable de l'opération,

En seront également justiciables : les salpingo-ovarites unilatérales où même bilatérales, quand elles ne sont pas trop adhérentes; les salpingo-ovarites compliquées de péritonite enkystée séreuse ou purulente ; dans ces cas, où la colpo-cœliotomie ne semble pas assurer suffisamment le drainage, on pourra toujours terminer par l'hystérectomie.

Pour l'hématosalpinx compliqué d'épanchement hémorragique, l'auteur s'en rapporte à l'opinion de Ricord : « L'hématocèle a prédominance nettement abdominale, à siège anormal, et l'hématocèle encore en voie d'accroissement, relèvent de la laparotomie : l'hématocèle rétro-utérine, arrêtée définitivement dans son saignement, relève de la colpotomie. »

Enfin, seront encore attaqués avec grand avantage, par l'intermédiaire de la colpo-cœliotomie, les polypes fibreux, intra-utérins, les fibromes sous-muqueux, les fibromes sous-péritonéaux de petit ou moyen volume.

Choix entre la colpo-cœliotomie antérieure et la colpo-cœliotomie postérieure. — La colpo-cœliotomie antérieure devra être préférée à la postérieure, sauf certains cas (petites tumeurs siégeant exactement dans le Douglas en collections suppurées, nettement rétro-utérines) : 1° Parce que la luxation de l'utérus en arrière est plus difficile, du fait de la direction normale de l'utérus et de la résistance des ligaments ronds et utéro-sacrés ; 2° Parce que la face postérieure de l'utérus étant fortement convexe, dans le mouvement de bascule en arrière, « les cornes utérines, auxquelles sont appendues les annexes resteront cachées derrière la saillie de cette face, tandis que, dans le renversement en avant, les angles utérins, sont toujours visibles dès que la luxation de l'organe est complète et, partant, la manœuvre conseillée pour la luxation secondaire des annexes sera toujours facile à mettre en pratique » : 3° Après colpo-cœliotomie postérieure, la main engagée dans le péritoine a grand peine à doubler le promontoire ; tandis qu'après la colpo-cœliotomie antérieure elle peut explorer les parties les plus reculées de l'excavation et même passer au-dessus du détroit supérieur.

Nous n'insisterons pas sur le cliché, bien connu, mettant en parallèle la cœliotomie avec la laparotomie et l'hystérectomie vaginale et que l'auteur reproduit sans détails bien nouveaux.

En somme, excellente thèse plaidant d'une façon méthodique certains détails de technique, dépourvus, il est vrai, pour la plupart, de l'originalité que leur prête l'auteur, mais qui n'en sont pas moins intéressants à bien connaître.

P. PETIT.

Tout ouvrage dont il sera envoyé deux exemplaires sera annoncé et analysé s'il y a lieu.

R. PICHEVIN, *Directeur-Gérant.*

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE DAIX FRÈRES.
Maison spéciale pour Journaux et Revues.



NOTE SUR LA TOPOGRAPHIE DE LA VESSIE ET DES URETÈRES CHEZ LA FEMME

Par G. Fraisse.

—

Au mois de mars 1897, en pratiquant une hystérectomie vaginale, j'ai eu le malheur de pincer l'uretère droit, d'où fistule urinaire, qui, au bout d'un certain temps, a donné naissance à une hydronéphrose intermittente et infectieuse. Il a fallu pratiquer une néphrectomie secondaire, qui a débarrassé complètement la malade.

Cet accident a appelé mon attention sur les blessures possibles de l'uretère au cours de l'hystérectomie et, par suite, sur la topographie de ce canal. La question venait précisément d'être discutée à la Société de chirurgie ; d'autre part, les renseignements bibliographiques ne manquaient pas. J'ai puisé les principaux dans les livres de Richelot, de L. Landau (*Die vaginale Radicaloperation*) et de Pichevin sur l'hystérectomie vaginale, dans le grand Atlas de Waldeyer (*B. z. K. der norm. Lage der weibl. Beckenorg.*), dans divers mémoires de Mackenrodt, de Dührssen, de Gottschalk, de Franklin-Martin, de Snéguireff, de Hartmann et Frédet, où sont précisés certains rapports des appareils génital et urinaire chez la Femme, etc., etc.

La topographie générale de l'uretère féminin a fait l'objet d'un intéressant travail du Dr R. Pick, assistant du prof. Landau et dont ce dernier a reproduit en résumé les résultats. Quant à la description même de ces conduits, on la trouve admirablement tracée dans l'Anatomie de Luschka, qui l'a donnée avec une précision et un luxe de détails tels que, depuis, on y a ajouté bien peu de choses.

La chirurgie actuelle a mis à profit les curieuses particularités topographiques de la vessie et des uretères, soit pour les aborder sûrement en un point donné, soit pour les écarter et leur éviter tout dommage pendant qu'on intervient sur les organes voisins. Je vais tâcher de mettre en relief quelques-unes de ces particularités, et d'en tirer les déductions qui semblent les plus pratiques.

Tout d'abord, quelques considérations préliminaires sur la vessie et les uretères.

Si nous considérons une coupe sagittale des organes pelviens (par exemple, sur le schéma classique de Schultze), nous voyons que la vessie, vide ou modérément remplie, est en connexion avec le col utérin dans les 2/3 inférieurs de la portion supra-vaginale (1) de ce dernier (Luschka). A mesure que le diverticule postérieur de la vessie se remplit, il agrandit l'angle de flexion de l'utérus et s'applique contre la paroi antérieure de cet organe ; enfin, quand la vessie est fortement remplie, l'angle de flexion est effacé, l'utérus se redresse et sa connexion vésicale présente une plus grande étendue. Mais quelle que soit la réplétion vésicale, cette connexion est, du moins à l'état normal, lâche et facile à dissocier, comme la pratique de l'hystérectomie nous en fournit la preuve. Cette mollesse de connexion se continue en avant le long du cul-de-sac antérieur et de la paroi vaginale antérieure, tout au moins jusqu'au col vésical ; à ce niveau, la vessie contracte une adhérence intime et résistante avec la paroi vaginale, adhérence qui se continue tout le long de l'urèthre, fait bien connu de tous ceux qui ont l'habitude des colporraphies étendues.

Une coupe frontale de la vessie est encore plus intéressante. Elle nous apprend que les diverticules latéraux de ce réservoir ne répondent pas aux limites latérales du cervix, mais s'étendent bien plus loin sur les côtés. On peut dire que chaque diverticule latéral de la vessie repose directement sur le milieu de la base du ligament large correspondant et sur le tissu cellulaire paracervical et paravaginal qui fait suite à la gangue conjonctive du ligament large. Ici encore, cette connexion est remarquablement lâche et molle (Mackenrodt), de sorte que le décollement inférieur des diverticules latéraux de la vessie s'opère aussi bien que celui du diverticule postérieur de ce réservoir, disposition qui sera mise à profit.

Quant à l'uretère, si on le suit à partir de son orifice vésical, on peut se convaincre qu'il reste en connexion intime et résistante avec la paroi postérieure de la vessie, et cela pendant une longueur d'environ 5 centimètres (Pick). Durant ce trajet, s'il ne fait pas partie intégrante de la paroi vésicale, il se comporte comme s'il en était ainsi ; il suffit, en effet, de soulever cette paroi, pour emporter avec elle la portion terminale des uretères, qui y reste comme attachée.

Si nous suivons maintenant l'uretère en sens inverse, en partant du rein, nous voyons que cette adhérence intime avec la vessie commence au point où ce conduit, après avoir traversé la base du ligament large dans sa partie externe, s'engage dans le tissu cellulaire paracervical et paravaginal, et chemine entre ce tissu et la paroi postérieure de la vessie. Cette disposition sera plusieurs fois invoquée.

Avec ces éléments, nous pouvons esquisser la topographie de l'uretère féminin.

Chacun sait qu'on le divise en 3 portions : 1° P. abdominale qui s'étend jusqu'à l'entrée dans le petit bassin (14 centimètres) ; 2° P. pelvienne, comprise depuis l'entrée dans le petit bassin jusqu'à l'entrée dans le musculature même de la vessie (12 centimètres) ; 3° P. vésicale, très courte, qui chemine de biais dans la paroi vésicale (1/2 à 1 centimètre). En tout 27 centimètres environ.

Cette division, excellente pour les anatomistes est moins bonne pour le chirurgien. Nous considérons en effet, comme réellement vésicale, la portion d'uretère décrite plus haut ; autrement dit, la P. pelvienne de l'uretère commence bien au même niveau (entrée du pelvis) mais finit aussitôt après la traversée du ligament large. En ce point commence pour nous la portion d'uretère considérée chirurgicalement comme vésicale (Pick, Landau).

Nous aurons donc la division suivante : P. abdominale (14 centimètres) ; P. pelvienne (7 centimètres) ; P. vésicale (5 à 6 centim.). En tout 27 centimètres environ.

Cette dernière nomenclature sera seule adoptée dans les lignes qui vont suivre.

Avant d'étudier les rapports normaux de l'uretère avec les organes voisins dans chacune de ces trois portions, il importe de tirer des conclusions pratiques de ce qui précède.

On a vu que la vessie, au niveau de ses parois inférieure et postérieure, ne contracte avec les organes voisins que des adhérences molles et faciles à dissocier. Les connexions sont un peu plus intimes vers le triangle de Lieutaud ; elles ne deviennent vraiment résistantes qu'en regard du col vésical, qui constitue, par conséquent, le seul point de fixation pour le réservoir urinaire tout entier.

Il s'en suit qu'on peut aisément soulever la vessie *in toto*, en effectuant l'entier décollement de sa paroi postéro-inférieure. Il suffit pour cela de détruire sur le milieu les connexions utéro-vésicales et vagino-vésicales et de poursuivre assez loin la séparation sur les côtés, c'est-à-dire vers le tissu cellulaire paravaginal et vers les bases des ligaments larges. Il est même à remarquer qu'un isolement aussi étendu peut être effectué sans lésions notables de troncs vasculaires ou nerveux, puisque, ultérieurement, la nutrition et l'innervation de l'organe ne paraissent pas en souffrir. Ce décollement complet constitue, par exemple, le premier temps du procédé de Mackenrodt, pour la fixation vaginale antérieure de l'utérus.

En ce qui concerne l'hystérectomie vaginale, le décollement vésical ne se poursuit pas en avant, le long de la paroi vaginale ; celle-ci est soulevée par l'écarteur en même temps que

(1) Il s'agit, bien entendu, de la portion supravaginale *en avant*, c'est-à-dire comprise entre l'insertion de la paroi vaginale *antérieure* et la **région de l'orifice interne.**



la vessie, et accompagne cette dernière. Toutefois, en avant du cervix, la dissociation de la vessie doit être aussi large que possible, ou mieux doit être complète ; c'est dire qu'elle doit porter au milieu sur l'utérus et latéralement sur le tissu cellulaire paravaginal et sur la gangue conjonctive des ligaments larges. A ce prix, la paroi vésicale postérieure se trouvera détachée tout entière ; et comme d'autre part la portion vésicale des uretères suit cette paroi, l'appareil urinaire pelvien pourra être disloqué vers le haut, derrière la symphyse. Mais nous verrons plus loin que cette notion demande à être étendue.

Ceci posé, étudions en détail les 3 portions de l'uretère féminin.

I. — PORTION ABDOMINALE.

Dans ce trajet, l'uretère est légèrement sinueux et décrit un S allongé. Il est couché sur la face antérieure du psoas et passe, en descendant, du bord externe au bord interne de ce muscle. Il en résulte que les deux uretères convergent l'un vers l'autre, à mesure qu'ils s'approchent du détroit supérieur.

L'uretère abdominal ne contracte aucune adhérence intime avec les organes et tissus voisins ; il chemine dans le tissu cellulaire lâche qui double le péritoine pariétal et peut être disséqué très aisément. C'est pourquoi, il arrive parfois qu'après des laparotomies laborieuses, les uretères se trouvent détachés sur une certaine étendue et figurent au fond du champ opératoire des cordes molles et détendues, sans qu'il en résulte aucun trouble ultérieur pour le cours des urines.

Ce fait de n'être bridé par aucun tissu juxtaposé ou par aucun obstacle périphérique, se retrouve pour l'uretère sur tout son trajet. Il semble que la nature ait prévu le cas où ce conduit aurait à subir une ampliation subite (par exemple par le passage d'un calcul), et qu'elle ait supprimé par avance toute cause d'étranglement venant de l'extérieur. Seulement dans sa partie vésicale, l'uretère chemine d'une manière assez serrée entre le vagin et la vessie ; mais les parois de ces organes sont assez extensibles pour ne pas apporter d'obstacle à une dilatation momentanée du canal interposé.

II. — PORTION PELVIENNE.

Cette dernière, comprise dans les limites définies plus haut, figure dans son ensemble une courbe parabolique très ouverte, à convexité postérieure et externe et dont le sommet correspond à la paroi pelvienne latérale.

Pour plus de clarté, nous diviserons cette courbe en deux branches ou segments, séparées par le point de réflexion (sommet). La première, qui est aussi la plus courte, part du détroit supérieur et aboutit à la paroi pelvienne latérale ; la seconde (la plus longue) part de cette paroi et se dirige en avant et en dedans.

Dans le premier segment, qu'on peut appeler juxta-vasculaire, l'uretère suit les vaisseux hypogastriques, sans toutefois être enveloppé dans leur gaine fibreuse ; sa connexion avec l'artère hypogastrique, bien que facile à détruire, lui imprime un caractère de fixité relative, qui tranche avec la mobilité de ce conduit dans les autres régions.

La disposition de l'uretère par rapport à l'artère hypogastrique est intéressante. A gauche, il est appliqué sur l'artère, en son milieu ; à droite, il la longe, en se tenant sur son bord interne (Luschka) ; il s'en suit que l'uretère droit est un peu plus rapproché du plan médian et sagittal du bassin.

L'uretère suit l'artère hypogastrique seulement pendant la première moitié ou les deux premiers tiers du trajet de ce vaisseau, c'est-à-dire sur une longueur de 2 centimètres, à 2 centimètres 1/2. Arrivé à la paroi pelvienne latérale, il quitte l'artère et se réfléchit pour se diriger en avant vers la ligne médiane ; ce point de réflexion correspond au sommet de la ligne courbe dont nous parlions tout à l'heure. Tel est le premier segment de l'uretère pelvien.

A partir de cette réflexion, l'uretère s'engage dans la trame celluleuse du ligament large, ou, plus exactement, de la lame terminale du ligament large. Il chemine, à la façon d'une galerie souterraine, dans cette trame lâche et molle, dont il peut être facilement dissocié. Ce trajet, long de 5 centimètres environ, se fait en ligne à peu près droite, et obliquement d'arrière en avant et de dehors en dedans ; il correspond à toute l'épaisseur du ligament large considérée à ce niveau. Tel est, dans son ensemble, le second segment, qu'on pourrait appeler intra-ligamentaire, de l'uretère pelvien.

Dès le début de cette traversée, l'uretère passe au-dessous de la fossette ovarienne, ou étage moyen de la loge pelvienne postérieure ; il constitue même, sur une certaine longueur, le bord postéro-interne de cette dépression, et il suffit de soulever l'ovaire pour l'apercevoir par transparence à travers le péritoine. Chez nombre de sujets, l'uretère forme à ce niveau un relief accentué, en avant duquel on trace l'incision destinée à la ligature de l'artère utérine (Hartmann et Fredet).

A partir de la fossette ovarienne, l'uretère disparaît dans l'épaisseur du ligament large. Cette traversée n'offre rien de particulier, en dehors du voisinage des vaisseaux utérins ; elle finit au point où, après avoir franchi de biais la base du ligament large, l'uretère vient croiser presque à angle droit la direction du ligament rond correspondant ; nous disons *la direction*, car il est bien entendu que le ligament rond passe au-dessus de lui. Ce point constitue la limite antérieure de la portion pelvienne de l'uretère (Pick).

Remarquons que, dans ce trajet, l'uretère garde une mobilité relative, en ce sens qu'il ne fait que traverser du tissu conjonctif, sans contracter aucune adhérence avec les expansions aponévrotiques si nombreuses qui remplissent le petit bassin et assurent son architecture intérieure. Surtout, l'uretère n'est point compris dans la gaine fibreuse (ou, pour quelques-uns, simple condensation conjonctive) qui entoure les vaisseaux utérins, et n'est nullement solidaire de ces derniers. L'espace qui l'en sépare peut être agrandi par dilacération ou par dissection mousse (particularité que nous mettons à profit dans l'hystérectomie vaginale), ou même simplement en tirant sur le ligament rond (Snéguireff).

Comme disposition générale, ce segment d'uretère est compris dans un plan à peu près horizontal, parallèle à la base du ligament large et élevé d'un centimètre 1/2 environ au-dessus de cette dernière ; il passe donc au-dessus des vaisseaux utérins.

On ne peut établir que des rapports de voisinage entre l'uretère et l'artère utérine, ces deux canaux n'ayant aucun point de contact. Ce qu'on peut dire, c'est que les deux trajets courent dans des plans sensiblement parallèles et que l'un d'eux (celui de l'artère) est situé au-dessous de l'autre.

Rappelons à ce sujet que l'artère utérine, branche antérieure de l'hypogastrique, naît de cette dernière plus bas que la réflexion de l'uretère. Elle s'engage immédiatement dans la base du ligament large, qu'elle longe de dehors en dedans, suivant une direction transversale, jusqu'à proximité de l'isthme de la matrice. Comme, d'autre part, l'uretère traverse le ligament large un peu plus haut, mais de biais, il s'en suit que l'artère utérine, en raison de son origine *antérieure* par rapport au tronc hypogastrique, se trouve située en avant de la *direction* de l'uretère dans la première partie de son parcours, et en arrière dans la dernière ; arrivée au voisinage de l'utérus, on la rencontre plutôt vers le feuillet postérieur du ligament large. Autrement dit, l'artère utérine se tient au-dessous de l'uretère et croise la direction de ce dernier sous un angle très aigu.

En particulier, sous le péritoine de la fossette ovarienne, l'artère court en avant et au-dessous de l'uretère, du moins dans la station debout. Dans le Trendelenburg, quand le tronc est incliné à 45°, le niveau de l'utérine remonte sensiblement ; dans cette position, il suffit d'une incision peu profonde, pratiquée au-devant de l'uretère (visible en cet endroit) et parallèlement à lui, pour découvrir et lier cet important vaisseau sanguin (Hartmann et Fredet).

La distance entre le plan de l'artère utérine et celui de l'uretère peut être artificiellement augmentée ; nous verrons plus loin qu'entre ces deux plans il est possible d'obtenir une sorte de clivage qui permet de séparer, d'isoler complètement les deux conduits et d'agir sur chacun d'eux sans préjudice pour l'autre.

Telle est la topographie générale de l'uretère féminin dans sa portion pelvienne. Si maintenant, nous considérons l'ensemble des portions abdominale et pelvienne des uretères, nous voyons que la distance entre ces deux conduits diminue jusqu'au détroit supérieur, puis recommence à augmenter lorsqu'ils descendent dans le petit bassin. Cette augmentation



continue jusqu'à la rencontre de la paroi pelvienne latérale ; puis, les deux uretères venant à se réfléchir en dedans, la distance qui les sépare diminue de nouveau. Cette disposition provient de la courbe à convexité postérieure et externe décrite par chacun des uretères pelviens.

La distance entre les deux uretères atteint donc son maximum dans le petit bassin ; son niveau est donné par un plan horizontal passant entre les corps des 3e et 4e vertèbres sacrées ; elle est de 12 centimètres environ, tandis que 9 centimètres seulement séparent les deux uretères au niveau de leur origine rénale (Luschka).

III. — Portion vésicale.

Longue de 5 à 6 centimètres, elle commence au point de croisement de l'uretère avec la direction du ligament rond, au sortir de la traversée dans le ligament large. Nous avons dit, dès le début, que cette portion porte le nom de *vésicale*, parce qu'elle suit la face postérieure de la vessie dans ses déplacements. Or, d'après ce qui précède, cette notion doit encore être étendue.

Il est évident que tout déplacement imprimé à la paroi vésicale postérieure, et par suite à la portion vésicale des uretères, doit retentir sur le segment intra-ligamentaire de ces derniers, tel que nous venons de le décrire ; et cette influence doit se faire sentir aussi loin que l'uretère n'est pas suffisamment fixé, c'est-à-dire jusqu'à sa rencontre avec les vaisseaux hypogastriques, en d'autres termes jusqu'à la paroi pelvienne latérale. Donc, toute la portion d'uretère comprise entre ce point et l'abouchement vésical doit suivre les soulèvements imprimés à la vessie, pourvu que ces soulèvements soient assez accentués et que, d'autre part, l'uretère lui-même ait été sufisamment dégagé de la gangue conjonctive sur laquelle il repose. Quant à la vessie, nous avons vu que son soulèvement total pouvait être effectué par la séparation de ses diverticules latéraux d'avec la base des ligaments larges.

Ces considérations nous conduisent à une conception générale, celle de deux systèmes anatomiques superposés, mais différents (Pick, Landau), constitués, l'un par la vessie, la portion vésicale des uretères et la plus grande partie de leur portion pelvienne : l'autre par l'ensemble de l'utérus, des annexes, des ligaments larges et des gros troncs vasculaires qui rampent dans l'épaisseur de ces derniers (vaisseaux utérins). Ces deux systèmes, indépendants l'un de l'autre, sont simplement reliés entre eux par une couche continue de tissu cellulaire lâche et facile à dissocier dans toute son étendue.

Cela revient à dire que les deux systèmes en question sont séparables, *clivables* en un mot par rapport l'un à l'autre. Or un temps capital de l'hystérectomie vaginale consiste précisément à provoquer ce clivage et à l'effectuer aussi large, aussi complet que possible.

D'après ces données, si on veut obtenir le refoulement *total* de la vessie vers le haut, ce refoulement implique, en vertu du clivage énoncé, la libération simultanée et complète des deux uretères, et cela depuis leur abouchement vésical jusqu'à la paroi pelvienne. On crée de la sorte, au devant de l'utérus et sur ses côtés, de larges espaces creux, que l'on augmente encore par l'abaissement du museau de tanche à la vulve. Ces loges artificielles sont maintenues béantes au moyen d'écarteurs qui soulèvent leur voûte au maximum ; dans leur intérieur, on peut manœuvrer à l'aise, sans crainte d'accidents pour l'appareil urinaire, et procéder aux temps ultérieurs de l'opération : énucléation du fond de la matrice, pincement et section des pédicules, etc. Il suffit donc de pratiquer ce clivage, qui seul donne une garantie absolue, c'est-à-dire de pousser le décollement assez loin sur le milieu et sur les côtés et de récliner derrière la symphyse, les parties ainsi libérées. A partir de ce moment, les uretères ne courent plus de risques. Cette précaution est surtout envisagée au point de vue d'une blessure possible par une des pinces laissées à demeure.

Etudions maintenant la portion vésicale des uretères. Elle offre un intérêt capital, à cause de son voisinage immédiat avec la portion supra-vaginale du col utérin, sur les côtés de celui-ci. C'est donc la portion d'uretère qui est exposée à être blessée par l'instrument tranchant, lorsque, au début de l'hystérectomie, on pratique le détachement latéral du cervix.

Liée, dès son origine, à la paroi postérieure de la vessie, la portion vésicale des uretères est située dans un plan oblique de haut en bas et d'arrière en avant, plan qui vient rencontrer la paroi antérieure du vagin sous un angle très aigu.

Dans les deux premiers tiers de son trajet (environ 3 centimètres 1/2), la portion vésicale de l'uretère est reliée à la vessie, mais sans lui être tangente. Dans le dernier tiers (environ 1 centimètre 1/2), elle est appliquée directement contre la paroi vésicale, ou mieux elle est serrée entre la paroi vésicale en haut et la paroi vaginale en bas. Elle vient enfin aboutir à l'un des coins du triangle de Lieutaud ; quant à son abouchement dans la vessie, il n'a lieu qu'un peu plus loin, grâce à la manière très oblique dont l'uretère traverse la paroi vésicale.

Considéré dans ce trajet, l'uretère chemine d'abord le long de la portion supra-vaginale du col utérin, dans le tissu cellulaire paracervical ; la distance minima qui le sépare de la substance du col correspond au milieu de la portion moyenne (ou intermédiaire) de ce dernier ; elle est de 1 centimètre 1/2. Nous verrons que ces rapports ne sont pas conservés lorsqu'on abaisse l'utérus.

Puis, l'uretère, s'engageant dans le tissu conjonctif paravaginal, chemine sur le côté d'abord du cul-de-sac antérieur du vagin et ensuite de la paroi vaginale elle-même, qu'il ne quitte plus. Son abouchement dans la vessie correspond à peu près à l'union du tiers moyen et du tiers supérieur de cette paroi vaginale (abstraction faite de la voûte du cul-de-sac).

Si nous considérons l'ensemble des deux uretères dans leur portion vésicale, nous voyons qu'ils se rapprochent constamment l'un de l'autre, chacun d'eux présentant un trajet légèrement sinueux, en forme d'S très allongé. Au niveau de leur entrée dans la vessie, ils sont distants l'un de l'autre de 2 centimètres 1/2 (Luschka). (*A suivre.*)

MYXOME DES DEUX OVAIRES

Infiltration œdémateuse de l'ovaire gauche due à une torsion du pédicule. Phénomènes de péritonisme.

Par MM. Potherat, Chirurgien des hôpitaux, et Lenoble, Interne des hôpitaux.

(*Suite et fin.*)

L'observation que nous venons de rapporter est intéressante à plus d'un titre. A ne la considérer qu'au point de vue clinique, nous ne saurions trop insister sur le polymorphisme des signes perçus aux divers examens La présence dans le cul-de-sac postérieur d'une masse rappelant très exactement le fond de l'utérus augmenté de volume donna, à quelques-uns d'entre ceux qui examinèrent alors la femme, l'idée d'un début de grossesse. On mit sur le compte d'une salpingite, que l'on croyait reconnaître dans les annexes gauches, les phénomènes de péritonite que présentait le sujet. Mais le contrôle de la température et la cessation rapide des phénomènes firent écarter bientôt toute idée d'inflammation aiguë. Les examens ultérieurs, tout en réformant le diagnostic posé d'abord, ne pouvaient permettre d'arriver à l'exacte appréciation de la cause des phénomènes morbides. A part la réplétion du cul-de-sac latéral gauche, la tumeur elle-même se dérobait à toutes les investigations, à tel point que personne ne la reconnut, et que l'opinion unanime fut que l'on s'était trouvé en présence d'une masse salpingienne ayant présenté des phénomènes subinflammatoires curables par le repos, comme il est si fréquent de le constater dans ces sortes d'affections. A vrai dire, et malgré le phénomène de la torsion, la tumeur se comportait absolument comme une masse flottante fuyant sous le doigt, tout à fait analogue à ce que l'on constate dans certains cas d'ectopie rénale. Nous en voyons la preuve dans les phénomènes de péritonisme présentés par notre malade. Ne saurait-on, sans forcer par trop la comparaison, établir une relation entre la torsion du pédicule de cet ovaire et la torsion du pédicule du rein flottant ? A peu de chose près, les symptômes sont les mêmes, si ce n'est que dans notre cas, ils prédominaient nettement dans la région du petit bassin, et attiraient forcément l'attention du côté des organes qu'il renferme, tandis que dans le rein flottant, c'est le

tableau d'une péritonite généralisée que l'on observe. Cette question des ectopies ovariennes est récente et il n'existe guère que le cas de Bennett qui soit connu. Cet auteur observa sur une de ses malades un ovaire porté sur un long pédicule, fuyant sous le doigt comme un noyau de cerise, perceptible un jour, inappréciable le lendemain, reproduisant en somme rigoureusement le tableau clinique du rein ou de la rate flottants, à cela près que les déplacements de l'organe ne se faisaient que dans le petit bassin et que sa forme et son volume le définissaient exactement (1.)

L'observation présente nous semble plus curieuse encore, puisque le tableau clinique se complique du complexus symptomatique de la torsion. Si la malade avait pu être examinée alors qu'elle ne présentait que les signes décrits par M. Pozzi sous le nom de syndrome utérin, peut-être aurions-nous pu sentir cette masse ovarienne flotter librement dans le bassin. Sans arriver au diagnostic de *tumeur solide de l'ovaire indépendante de toute connexion*; nul doute que nous ne soyons arrivés à une affirmation plus précise, le seul diagnostic à discuter étant alors la tumeur fibreuse du ligament large. Plus tard, reconnaître la véritable lésion était à peu près impossible. La masse ovarienne perdue au milieu des circonvolutions intestinales ne donnait lieu à aucune appréciation précise. Les seuls signes perçus se bornaient à une tuméfaction vague, haut située dans le cul-de-sac latéral gauche. La torsion peu serrée permettait à la circulation de se faire sans trop de peine ; les symptômes observés n'avaient pas de caractéristique nette.

Quoi qu'il en soit, nous avons cru intéressant de rapporter l'histoire de ce cas à peu près unique en son genre. A toutes les causes susceptibles d'adjoindre aux maladies des organes du petit bassin le syndrome péritonisme, il faudra ajouter la possibilité de la torsion du pédicule d'une tumeur solide de l'ovaire. C'est là, il faudra le dire, une éventualité à laquelle on songe peu, étant donné la rareté de ces sortes d'affections.

La plupart des théories émises par les auteurs pour expliquer la torsion des pédicules des kystes de l'ovaire ne saurait satisfaire la majorité d'entre eux. On a invoqué les mouvements brusques accidentels ou provoqués par la palpation. L'opinion de Lawson Tait, qui incrimine les alternatives de vacuité et de réflexion des cavités viscérales, est fortement critiquée par le plus grand nombre des auteurs qui ne la croient possible qu'en faisant intervenir les adhérences, les brides, le poids de la tumeur, son irrégularité, sa forme, son mode de pédiculisation, etc. Enfin la propulsion exercée par une tumeur quelconque se développant à côté du kyste n'est vraie que pour un petit nombre de cas. Voici comment on pourrait expliquer la production du phénomène (1). D'après les lois de la physique, lorsqu'un sphéroïde est comprimé en deux points opposés de sa surface, il se déplace en exécutant un mouvement de rotation sur lui-même qui peut être plusieurs fois répété. On peut assimiler les kystes de l'ovaire et les tumeurs solides de cet organe à ce sphéroïde. En effet, la torsion est toujours la conséquence d'une cause invariablement identique, le sujet se tenant dans la station debout s'est mis brusquement dans la position accroupie. En pareil cas, la masse morbide et ronde se trouve comprimée entre deux plans résistants, l'un postéro-supérieur représenté par le diaphragme et les intestins ; l'autre antéro-inférieur constitué par la paroi abdominale antérieure. La compression ne pouvant s'exercer qu'aux extrémités d'un de ses diamètres, il en résulte forcément que la tumeur ne se déplace qu'en exécutant un mouvement de rotation sur elle-même qui ne peut se faire qu'aux dépens de sa partie la plus grêle et la plus mobile de son pédicule. Celui-ci se trouve tordu sur son axe, et si l'effort a été suffisant, la torsion entraînera la formation de plusieurs tours de spire. S'il en était autrement et si la tumeur de forme sphéroïdale ne pivotait pas ainsi, il se ferait un simple déplacement latéral n'entraînant le plus souvent qu'une coudure du pédicule. Il est probable que le nombre de tours de spire est variable suivant le volume de la tumeur, sa forme plus ou moins régulière, l'espace qui lui est réservé, l'intensité même de l'effort accompli. La tumeur reste le plus souvent immobilisée par les intestins qui la fixent sans retour possible à sa situation première en venant combler sa place primitive et en jouant par rapport à elle le rôle d'un coussin qui la maintient dans cette posture nouvelle. Cette hypothèse explique la rapidité d'apparition de phénomènes morbides observés, la douleur initiale intense, l'hémorragie habituelle, la gangrène qui en est parfois la conséquence. Elle est d'accord enfin avec ce fait que la péritonite signalée en pareil cas est toujours la résultante de la nouvelle situation des viscères et non pas la cause initiale de la torsion.

(1) Benett. Sur un cas d'ovaire flottant, *Société médicale de Londres*, 1895.

(2) La théorie que nous allons faire connaître est tout entière de M. Potherat.

Nous devons faire remarquer encore que la lecture attentive des phénomènes ayant précédé l'éclosion des accidents qui ont nécessité l'intervention chirurgicale ne saurait donner une explication satisfaisante de la néoplasie ovarienne. C'est le tableau clinique banal de la plupart des affections utérines ou péri-utérines. Nous nous trouvons en présence d'une malade bien constituée sans antécédents morbides, héréditaires ou personnels, mal réglée, il est vrai. Trois fois enceinte, ses couches se font sans accident, mais comme la majorité des femmes de la classe pauvre de la société, par ignorance, mais surtout par nécessité, elle ne reste alitée pour le second enfant que huit jours, que trois jours après le dernier accouchement. Puis une série de phases douloureuses et de métrorragies se succèdent jusqu'au moment de son entrée à l'hôpital. On note encore une période fébrile lors de son premier accouchement. Faut-il voir dans l'ensemble de ces symptômes précurseurs un état traduisant la destruction de l'ovaire et la substitution au tissu sain d'un tissu de néoformation d'ordre pathologique ? Nous ne le croyons pas. Une salpingite, une rétroflexion, une simple métrite s'accompagnent de pareils phénomènes. Donc ici encore règnent une obscurité profonde au point de vue de l'origine du néoplasme et un silence complet au point de vue de son éclosion. On ne saurait même dire si l'apparition de la néoplasie à gauche a précédé la troisième grossesse, bien qu'en réalité le développement plus parfait du tissu de nouvelle formation de ce côté semble indiquer que depuis longtemps déjà cet ovaire ne devait plus exister en tant qu'organe porteur d'ovules.

Si l'observation clinique de la maladie est instructive, l'étude histologique ne l'est pas moins. Et d'abord est-ce bien à un myxome que l'on a affaire ? L'examen macroscopique pouvait y faire songer : on trouve noté dans notre observation que la tumeur était molle et fluctuante. Dans certains points de nos préparations on pouvait se croire en présence de tissu sarcomateux fuso-cellulaire. Mais il est spécifié dans l'examen que les vaisseaux ne présentent aucune altération. Avec un grossissement suffisant, du reste, on reconnait les fibres musculaires lisses assez abondamment réparties dans l'ovaire. Le sarcome globo-cellulaire ne se comporte pas de la même façon : les cellules ne sont pas plongées dans un liquide muqueux abondant comme dans notre cas. Les allures cliniques ne sont pas non plus les mêmes et jamais l'évolution d'un sarcome n'est aussi torpide. Nous croyons donc fermement que la majorité du néoplasme répond à la première variété du myxome décrite par Cornil et Ranvier. « Des cellules rondes isolées au milieu d'une substance fondamentale muqueuse », par opposition à la deuxième variété constituée par « des cellules étoilées disposées au milieu de la même substance (1) ». Les mêmes auteurs ajoutent : « Il est rare que les myxomes présentent l'une ou l'autre seulement de ces formes et nous n'avons jamais vu la première à l'état isolé dans les tumeurs. Il y a toujours, outre le réseau cellulaire, des cellules rondes et petites sans aucune connexion avec leurs voisines, située au milieu du liquide muqueux. » La confusion n'est plus possible dans celles de nos préparations colorées à l'hématoxyline éosine. On y voit nettement des cellules réunies par des prolongements grêles colorées en rose, et formant un réticulum délicat au milieu d'une substance fondamentale muqueuse hyaline et homogène.

Nous croyons d'autant plus intéressant d'insister sur ce fait que, jusqu'à présent, on a surtout signalé dans l'ovaire des tumeurs malignes. Ce sont des sarcomes, des épithéliomes, ailleurs des fibromes et des myomes dont parle M. Bourgoin. M. le Pr Cornil a étudié histologiquement un certain nombre

(1) Cornil et Ranvier. *Manuel d'histologie pathologique*. Paris, 1884, tome I.



de tumeurs solides de l'ovaire provenant de laparotomies (1). « On en peut rencontrer, dit-il, trois variétés anatomiques, des fibro-myomes ou mieux des myomes, des sarcomes et des épithéliomes. » Les premiers ressemblent aux fibro-myomes utérins et comportent le même pronostic. Dans un cas de sarcome fasciculé, les éléments fuso-cellulaires étaient remplis de fines granulations graisseuses. Enfin les épithéliomes reproduisent tantôt l'aspect de l'épithélioma tubulé « analogue à celui que l'on observe dans la plupart des glandes ». Ailleurs, M. Cornil signale « des modifications du tissu conjonctif et des cellules, très analogues avec ce qu'on observe dans l'épithélioma colloïde ». Dans un dernier fait plus intéressant à notre point de vue, l'ovaire avait le volume d'une tête d'enfant. Il était parsemé de petits kystes qui, à l'examen histologique, « offraient un revêtement de cellules métatypiques ». Or, dans l'ovaire droit de notre malade, nous avons signalé des formations semblables que nous avions prises au premier abord pour des cavités kystiques peu développées. Mais leur paroi était tapissée de petites cellules rondes, tout à fait semblables, comme nous le faisait observer M. Cornil lui-même, aux cellules des disques proligères. Il s'agissait là, en somme, d'une évolution particulière des ovisacs, n'ayant aucun rapport avec l'épithélium métatypique décrit par le Pr Cornil dans la dernière tumeur étudiée par lui. Dans celle-ci le tissu néoplasique ne pouvait prêter à la discussion : il s'agissait de boyaux épithéliaux tapissés par une couche d'épithélium cylindrique recouverte d'une ou deux couches d'épithélium pavimenteux. De plus, sur la paroi de cavités un peu plus volumineuses, on voyait saillir une petite végétation recouverte des mêmes couches épithéliales. Il y a loin, comme l'on voit, des examens histologiques précédents à ce que nous ont montré nos préparations.

Nous avons signalé la présence d'une grande quantité de pigment sanguin infiltrant une bonne partie de l'ovaire gauche. Il ne nous semble pas difficile d'en donner une explication satisfaisante : la torsion à elle seule a suffi pour produire une rupture des nombreux capillaires qui sillonnent la substance néoformée. A cette première cause s'ajoute un nouveau facteur : le manque de soutien des vaisseaux. « Les vaisseaux, mal soutenus par un tissu presque liquide, peuvent se laisser distendre et même se rompre, accident qui du reste est moins fréquent dans ces tumeurs que dans les sarcomes, parce que la paroi des capillaires est plus solide. Ces accidents caractérisent le myxome télangiectasique et hémorragique » (Cornil et Ranvier). C'est donc à un *myxome devenu accidentellement hémorragique* que nous avons à faire. Enfin Kœberlé, dans son article du dictionnaire Jaccoud, signale la possibilité des hémorragies par « torsion ovarienne », ce qui rentre tout à fait dans notre cas.

Le phénomène le plus curieux, le plus intéressant est sans contredit l'extrême infiltration séreuse que présentait l'ovaire gauche. C'était un véritable œdème, analogue, suivant la comparaison de M. Cornil, à celui d'un membre infiltré. Cette sérosité, claire et limpide, s'échappait facilement des mailles qui la circonscrivaient et d'une façon si abondante qu'en très peu de temps la tumeur revint sur elle-même et diminua considérablement de volume. Il était logique de mettre cette infiltration sur le compte exclusif de la torsion, et nous pensions d'abord avoir affaire à un ovaire simplement œdématié par le fait de la gêne circulatoire déterminée par les tours de spire. Mais cette opinion ne tint pas devant le fait que l'organe du côté opposé présentait une infiltration analogue, impossible à mettre sur le compte d'une torsion qui n'existait pas. La trompe du côté gauche, qui à un premier examen avait paru présenter un semblable phénomène d'infiltration, était en réalité saine, ainsi qu'on put s'en assurer par un examen plus rigoureux. Nous ne saurions trop insister sur cette intégrité absolue des trompes comparativement à la lésion des deux ovaires. Elle nous permet de rattacher cette infiltration à sa véritable nature. Le myxome, d'après la définition de Cornil et Ranvier, est essentiellement constitué par deux substances : par des cellules le plus souvent étoilées et anastomosées ; par une substance muqueuse intermédiaire. Pour nous, il ne fait pas de doute que le liquide qui s'écoulait à la coupe de l'ovaire gauche n'était autre chose que la substance hyaline et homogène répartie entre les éléments cellulaires, mélangée avec une proportion considérable de sérum sanguin infiltré dans la totalité de la tumeur. Le liquide échappé de l'organe droit était plus épais, « tout à fait semblable à une solution de gomme arabique », reproduisant en somme les caractères macroscopiques assignés par Cornil et Ranvier à la substance muqueuse intermédiaire. Il nous paraît aussi que c'est à la disparition de ce liquide qu'est dû le groupement en ilots de cellules arrondies que nos préparations nous ont fait voir en certains points de l'ovaire gauche. Dans ces régions, ces éléments se sont rapprochés pour occuper la place laissée libre par l'écoulement du liquide, sans cependant jamais arriver au contact comme le prouve leur forme invariablement arrondie.

Si nous cherchons maintenant à résumer les notions histologiques acquises par l'étude de cette tumeur, nous arrivons à conclure :

1° Que nous nous sommes trouvés en présence d'un myxome des deux ovaires : parvenu à son parfait développement dans l'organe du côté gauche (disparition du tissu caractéristique préexistant par substitution d'un tissu néoplasique) ; encore à l'état d'ébauche dans l'ovaire du côté opposé.

2° Que leur différence de volume résulte sans doute de ce développement plus parfait, mais surtout de l'infiltration œdémateuse déterminée par la torsion du pédicule de l'ovaire gauche, comme le prouve l'extravasat sanguin dû à la rupture des vaisseaux qui sillonnent la tumeur en tous sens.

Nous nous croyons donc amplement autorisés à donner à ce travail le titre sous lequel nous le présentons : *Myxome des deux ovaires avec œdème de l'organe du côté gauche déterminé par la torsion de son pédicule et accompagné de phénomènes de péritonisme.*

II

Dans la deuxième partie de cette étude nous nous proposons de rapprocher de la nôtre les observations analogues et les cas de torsion du pédicule des salpingo-ovarites dont MM. Hartmann et Reymond ont réuni quelques exemples dans leur mémoire (1).

Ces auteurs font remarquer que la torsion des pédicules des kystes de l'ovaire est à l'heure actuelle bien connue : Rokitansky (2) leur donne comme fréquence 13 % des cas. Les recherches de Schrœder 13,8 %. Au contraire, celle des salpingo-ovarites serait exceptionnelle, puisque MM. Hartmann et Reymond n'en rapportent que trois observations, y compris la leur. En ce qui concerne les tumeurs solides de l'ovaire, la fréquence n'est pas plus grande. Parmi les auteurs que nous avons consultés à ce sujet, nous n'en avons trouvé que deux cas dans la thèse de M. Bourgoin (3). L'un d'eux est emprunté à M. le Pr Dubar (de Lille). (*Bulletin Médical du Nord*, Lille, 1893, p. 7 à 12, XXXIIe volume). Il nous semble intéressant de la reproduire parallèlement à la nôtre, en n'en faisant connaître que les parties intéressant notre point de vue :

Observation II. — *Résumé.*

Due à M. Dubard (de Lille).

— X..., âgée de 47 ans, toujours bien réglée depuis l'âge de 16 ans, a eu treize grossesses normales, la dernière il y a un peu plus de trois ans. Quand son ventre grossit de nouveau, elle se crut encore enceinte ; mais la régularité de ses règles et leur caractère toujours identique lui firent abandonner cette idée.

La tuméfaction augmente lentement et régulièrement, ne donnant lieu qu'à quelques douleurs passagères et de temps en temps à quelques vomissements jusqu'au mois de décembre dernier où la malade éprouva tous les symptômes d'une péritonite localisée à la partie inférieure de l'abdomen. Depuis lors, les douleurs spontanées ont été plus fréquentes et plus vives, et la pression les réveillait, surtout dans la partie médiane du ventre. Elles ont fini par altérer la santé générale, en sorte que, à son entrée à l'hôpital, le 21 avril 1892, la malade est pâle et très affaiblie.

A la vue, augmentation de l'abdomen dans ses deux tiers infé-

(1) Cornil. *Jonrnal des connaissances médicales*, 12 janvier 1893, n° 2, p. 13, et 19 janvier 1893, n° 3, p. 19. (Leçon recueillie par M. Toupet.)

(1) Hartmann et Reymond. Note sur la torsion du pédicule des salpingo-ovarites. (*Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, septembre 1894.)

(2) Rokitansky. (*Handbuch der Pathologiscke Anatomie*, 1841, t. I), publie la 1re observation connue et réunit ensuite une série de cas. (*Zeitsckrift K. K. Gesellschaft der Aertze in Wien*, 1894.)

(3) Etude clinique sur quelques tumeurs solides de l'ovaire à évolution lente, par F. Bourgoin, *Thèse Doct.* Paris, 1894.

rieurs. Pas de changement de couleur de la peau, ni de développement veineux sous-cutané notable. Œdème assez prononcé des grandes lèvres.

A la palpation, tumeur de la grosseur d'une tête d'adulte arrondie, sans bosselure, présentant quelque mobilité dans le sens transversal. Elle paraît présenter une fluctuation obscure. La percussion donne de la matité dans toute l'étendue de cette tumeur et de la sonorité dans les flancs.

Le toucher vaginal, combiné à la palpation abdominale, révèle dans le cul-de-sac latéral droit, l'existence d'un cordon assez volumineux, indépendant de l'utérus et suivant manifestement tous les mouvements de la tumeur. C'est probablement un pédicule correspondant au ligament large ; il me paraît court et très épais.

Les renseignements donnés par la malade, les caractères de la tumeur, l'existence d'un pédicule au voisinage de la tumeur conduisent M. Dubar à discuter, au point de vue du diagnostic, les hypothèses suivantes : kyste de l'ovaire, fibrome pédiculé de l'utérus ou de l'ovaire, kyste de l'ovaire avec concomitance d'un cancer du corps de l'utérus étendue à la trompe.

M. Dubar ne s'arrête pas longtemps à ce dernier diagnostic. La longue durée de la maladie, l'absence de tout écoulement sanguin entre les règles, l'indépendance du pédicule et de la matrice qui ne paraît pas douteuse, car celle-ci jouit d'une mobilité très notable, font rejeter l'hypothèse d'un cancer de l'utérus étendu à la trompe malgré l'œdème des grandes lèvres.

L'existence d'une vague fluctuation tend à faire éliminer les tumeurs solides de l'ovaire en faveur du kyste avec quelques réserves.

Laparotomie le 15 mai 1892. Incision sur la ligne médiane : épiploon, puis anses intestinales vides, aplaties, adhérentes à toute la face antérieure de la tumeur. On les détache. La tumeur grise, lisse, globuleuse, apparaît : elle est fluctuante. On la ponctionne, rien ne s'écoule. Le pédicule est épais, tordu sur lui-même, il se trouve au niveau de l'aileron postérieur du ligament large droit, en arrière de la trompe qui est étalée ainsi que son pavillon sur la face antérieure de la tumeur. On ne trouve pas d'ovaire droit.

L'ovaire gauche est sain.

La trompe et le pavillon passent en avant de la tumeur.

La section de la tumeur donne l'explication de la fluctuation. La partie centrale est trouvée ramollie, gorgée de sang ; il s'est écoulé à la coupe une assez grande quantité de liquide séro-sanguinolent, le ramollissement est dû à la torsion du pédicule.

La masse de la tumeur est constituée par des faisceaux fibreux, séparés par des traînées de globules sanguins. Pas de fibres musculaires lisses.

Comme dans notre cas personnel, la malade éprouva tous les symptômes d'une péritonite localisée au petit bassin. En réalité, il semble encore ici s'être agi plutôt de péritonisme que d'inflammation aiguë de la séreuse. L'ovaire droit avait disparu, remplacé par une tumeur obscurément fluctuante sur la face antérieure de laquelle s'étalaient la trompe et son pavillon. Dans notre fait, une tumeur présentant absolument l'aspect de l'ovaire surmonté de la trompe et de son pavillon nous fait croire à un kyste de l'ovaire Ce n'est ici encore qu'après l'ouverture du ventre que le diagnostic précis fut posé : l'obscurité des signes n'avait pu permettre de l'établir positivement au chevet de la malade. Nous ne saurions trop insister sur les caractères cliniques de cette observation si conforme à la nôtre par certains de ses côtés. Surtout l'examen macroscopique de la pièce enlevée rappelle presque absolument ce que nous avons trouvé nous-même : une tumeur grise, lisse, globuleuse. Mais plus que dans la nôtre elle était fluctuante puis qu'on crut à un kyste et qu'une ponction pratiquée avec l'aspirateur ne laissa pas écouler de liquide. Comme dans notre cas toute trace de l'ovaire droit avait disparu, et à la coupe une bonne proportion de liquide séro-anguinolent s'écoula. M. Dubar le considéra justement comme la conséquence de la torsion. Mais à côté de ces caractères communs existent un certain nombre de points différents ; l'ovaire gauche était indemne et surtout l'examen histologique diffère totalement de ce que nous avons trouvé. C'est, dans le cas de M. Dubar, un type de fibrome avec extravasat sanguin. Rien qui rappelle le tissu myxomateux. Il n'en reste pas moins acquis que toutes ces tumeurs bénignes évoluent de la même façon, aussi sourdement dans un cas que dans l'autre, et ce n'est que lorsqu'elles se compliquent de la torsion du pédicule qu'elles revêtent un caractère d'acuité tout particulier mais différent, cependant, suivant le degré de torsion comme nous aurons l'occasion de le montrer plus loin et comme l'observation suivante en est un frappant exemple.

Observation III.

Torsion du pédicule. Autopsie par Daniel T. Nelson.
(*Société de Gynécologie de Chicago*, 1887).

La malade, âgée de 39 ans, a eu 9 enfants ; après la naissance de son dernier, il y a 7 ans, elle resta 4 ans sans voir ses règles ; mais dans les 3 dernières années elle eut des hémorragies. Il y a un an, elle remarqua un écoulement liquide par l'anus. Elle semble avoir souffert de quelque inflammation periovarique à droite, puis elle perdit beaucoup de sang par le rectum et parut soulagée ; plus tard l'inflammation reparut. Il y a 3 mois elle commença à grossir ; son médecin la crut enceinte et ne l'examina pas. A son entrée à l'hôpital, le 7 juin 1886, pouls à 104 ; température à 38° ; le soir pouls à 132, température 39°2. Deux jours après, le pouls et la température avaient un peu baissé. On eût pu opérer, mais on attendit un moment plus favorable qui ne vint pas.

Autopsie. La tumeur est peu adhérente à la paroi abdominale qui présente à ce niveau de la congestion veineuse ; le pédicule n'était pas assez tordu pour qu'il soit nécrosé. L'utérus était un peu congestionné.

La tumeur était un *fibro-sarcome ovarique*.

Ce dernier cas nous paraît tout à fait instructif au point de vue de l'indication opératoire. Il est rapprochable, par certains côtés cliniques, de l'observation de M. Pierre Delbet. On s'était cru en présence d'un étranglement interne, on patienta si longtemps que lorsqu'une intervention fut décidée, *il était trop tard*. Ce n'est qu'à l'autopsie qu'on reconnut la véritable cause des accidents contre lesquels il eût été nécessaire d'agir dès la première heure. Une opération, pratiquée alors, sauvait le sujet. Il serait donc à désirer qu'en présence de signes aussi positifs on ne s'attardât pas à temporiser. C'est alors que le rôle du chirurgien s'impose. L'observation de M. Pierre Delbet montre bien quels résultats on est sûr d'obtenir lorsque l'on sait se décider à temps.

Observation IV.

J. Bland Sutton (*Surgical Disease of the Ovaries and Fallopian Tubes*. London, 1891. p. 526) (1).

Il s'agit d'une hydrosalpingite typique. Le liquide contenu était de couleur chocolat. La portion de la trompe intermédiaire au kyste et à l'utérus était fortement tordue de 3 tours et demi. Le kyste adhérait aux parties voisines du ligament large et au péritoine pelvien. Il recevait certainement des rameaux nutritifs de cette source, ses connexions vasculaires normales se trouvant supprimées.

Observation V.

P. Delbet (*Bulletin de la Société anatomique*, de Paris, 1892, p. 300).

F. R...., 39 ans, ne présente rien dans ses antécédents que quelques douleurs pelviennes de peu d'intensité. Le 20 février 1892, vers 4 heures du soir, elle se promenait dans la rue lorsqu'elle est prise subitement d'une horrible douleur dans la fosse iliaque du côté gauche. Sous l'influence de cette douleur syncopale, elle tombe et ne peut se relever. On la transporte à la Charité dans un service de médecine. Pendant le trajet, elle est prise de vomissements qui continuent toute la nuit et jusque dans la journée du lendemain. Ils se sont reproduits une vingtaine de fois et n'ont pas le caractère fécaloïde. La malade n'a rendu ni matière, ni gaz par l'anus, elle est préoccupée, agitée, se rendant parfaitement compte de la gravité de son état. Le facies est rouge, le pouls assez plein bien qu'un peu rapide, la température normale. L'abdomen est plutôt retracté que ballonné. Les douleurs spontanées ont toujours pour siège la région iliaque gauche ; la palpation, particulièrement dans cette région, les augmente à tel point que tout examen sérieux est impossible. Je pratique le toucher rectal et le toucher vaginal, mais comme il est impossible d'y joindre la palpation hypogastrique, les examens ne révèlent rien si ce n'est que le rectum est libre. Les symptômes d'occlusion étaient très nets ; absence de selles et de gaz, vomissements. Comme le début avait été très aigu, très brutal, je pensai qu'il s'agissait soit d'un étranglement par bride; soit d'un volvulus et je proposai la laparotomie immédiate qui fut pratiquée.

La main étant glissée dans le petit bassin, je sens une tumeur qui me fit penser à une salpingite. J'amène sans difficulté cette tumeur dans l'incision et hors de l'abdomen. Elle est absolument noire. En l'examinant, je constate qu'elle est formée de deux parties adossées, à peu près comme le serait une anse intestinale dont les deux bouts adhéreraient l'une à l'autre par leur bord mésentérique. Le pédicule est très mince, du volume du petit doigt à peu

(1) Les deux observations qui suivent sont empruntées au mémoire de MM. Hartmann et Reymond. Nous les avons résumées pour n'y prendre que ce qui nous intéresse.

près, et on y voit nettement des replis en volute qui indiquent une torsion évidente. Je pensais alors qu'il s'agissait d'une anse intestinale atteinte de volvulus, et après avoir fait constater aux assistants la présence de cette torsion du pédicule, je me mis en devoir de le détordre dans l'espoir de voir la circulation des matières intestinales reprendre dans l'anse supposée. Pour ramener ce pédicule à la rectitude, il fallut faire exécuter à la tumeur trois demi-tours. Mais aucune circulation ne se rétablit et le pédicule restait très grêle. J'explorai alors le pédicule et il me sembla qu'au delà de cette partie rétrécie, il s'étalait en divergeant et que sa portion interne s'étalait vers la corne utérine, tandis que sa portion externe s'étalait vers le détroit supérieur. Je revins alors à mon idée première.

L'opérateur, pour être plus sûr de ne pas faire erreur, dévida entièrement l'intestin grêle : il constata qu'une portion correspondant à la moitié droite du bassin était rouge, dépolie, recouverte de minces membranes peu adhérentes. La partie située au-dessous était affaissée.

Il était donc sûr qu'on avait affaire à une salpingo-ovarite tordue sur son pédicule qui fut facilement enlevée. La trompe du côté opposé était oblitérée et distendue par une légère quantité de liquide ; elle fut également enlevée.

Sur la pièce on peut voir que la portion externe de la trompe est repliée le long de sa portion et simule assez bien une anse intestinale dont les deux bouts seraient adhérents par leur bord mésentérique. Cette torsion a déterminé une stase veineuse s'observant par la coloration noirâtre de la tumeur, et des hémorragies dans la cavité, car le contenu de la trompe était hématique.

Observation VI (*Résumée*).

Tirée du mémoire de MM. Hartmann et Reymond.

Rosalie H..., entre le 9 juillet 1894 à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac, service de M. le professeur Terrier, suppléé par M. Hartmann.

Réglée depuis l'âge de 16 ans, elle n'a jamais eu ni enfant ni fausse couche. Règles régulières et non douloureuses.

Il y a 6 mois elle commença à souffrir de l'abdomen ; elle éprouvait en même temps des élancements dans les jambes et dans le rachis ; les douleurs augmentaient pendant la miction et la défécation. A la même époque elle remarqua elle-même la présence d'une tumeur abominable au-dessus du pubis. Les règles diminuaient d'abondance : elles duraient autrefois 8 jours ; elles se terminent depuis ce moment en 24 heures. Il y a deux mois, la malade vient consulter et nous diagnostiquons une double salpingite sans rien remarquer de particulier. Il y a 6 semaines les douleurs augmentent brusquement d'intensité et n'ont plus dès lors cessé. La malade réclame une intervention.

La tumeur a manifestement augmenté de volume et est plus douloureuse que lors de notre premier examen.

La palpation permet de déterminer la présence d'une tumeur globuleuse occupant l'hypogastre, la moitié gauche de la région ombilicale et la fosse iliaque du même côté. Cette tumeur remonte un peu à gauche au-dessus de l'ombilic : elle est tendue, résistante : on peut lui imprimer quelques légers mouvements.

Par la percussion on trouve de la matité dans la moitié gauche de la région hypogastrique, dans la fosse iliaque gauche et dans la partie avoisinante de la région ombilicale.

Au toucher, le col est petit, conique, régulier, son orifice dans l'axe du vagin. Sa mobilité est diminuée et les mouvements qu'on lui imprime se transmettent manifestement à la tumeur perçue par le palper abdominal.

Dans le cul-de-sac vaginal en avant et un peu à gauche du col, on trouve très facilement la tumeur abdominale ; la partie postérieure du cul-de-sac latéral gauche est libre.

En arrière du col et se prolongeant à droite, on trouve une masse lobulée qui paraît, de même, tendue et résistante, et qui semble, en contournant le col, se continuer avec la masse antérieure.

Opération pratiquée le 24 juillet 1894. L'épiploon épaissi et rouge adhère à la paroi. Il adhère encore par sa face postérieure à une grosse tumeur d'un rouge sombre. Une fois libéré, l'épiploon est rejeté sur la paroi abdominale entre deux compresses.

La grosse tumeur adhère de tous côtés à la paroi, à l'intestin grêle, à l'anse oméga. Une fois décortiquée, on la ponctionne et on retire 400 grammes de sang. On arrive alors sur un pédicule gros comme le doigt.

On constate que le pédicule est tordu dans le sens inverse des aiguilles d'une montre. Le pédicule est alors en avant et à droite ; mais une fois la section faite, il se déplace ; le kyste dépend de la corne utérine gauche. L'utérus avait lui-même pivoté d'un demi-tour.

Après la section du pédicule, l'excavation reste encore occupée par une masse kystique adhérente aux parties voisines. On rompt les adhérences et on fait un pédicule avec un fil en X. Toilette du péritoine. Résection du bord inférieur épaissi de l'épiploon et de plusieurs franges enflammées de l'anse oméga. — Guérison.

Examen macroscopique des pièces. — Le pédicule gros comme l'index se compose de plusieurs éléments enroulés en spirale, entre autres de l'extrémité utérine de la trompe. La portion de la trompe prise dans ce pédicule est à peine grosse comme une plume d'oie ; aussitôt après elle devient grosse comme le pouce et son volume va en augmentant jusqu'au pavillon. En coupant la trompe, on obtient des tranches d'un rouge sombre presque noires. La lumière, très étroite d'abord, va en s'élargissant et c'est par un orifice de 2 centimètres de large que s'ouvre la trompe dans le kyste sanguin.

Le kyste contenait 400 grammes de sang ayant la couleur du sang veineux. La paroi lisse et régulière en dedans présente sur la coupe le même aspect noir que celui de la trompe et la même infiltration sanguine qu'on fait sourdre en pressant la paroi.

L'ovaire est retrouvé dans la tumeur sous la forme d'un épaississement de la paroi du kyste ; il est situé au point du kyste le plus éloigné de l'abouchement de la trompe.

Les feuillets péritonéaux qui partent du fond du kyste pour le relier au pédicule et s'enrouler à ce niveau autour de la trompe correspondent anatomiquement à l'aileron de l'ovaire ; ils sont épaissis au point de mesurer 2 centimètres d'épaisseur ; leur couleur apoplectique est la même que celle des autres éléments de la tumeur.

Du côté droit, la disposition des annexes est presque semblable avec cette différence qu'elles sont plus petites. Leurs parois sont très minces et transparentes en plusieurs points.

L'ensemble de la tumeur a 15 centimètres dans son plus grand diamètre ; elle est constituée par un kyste à minces parois se continuant avec la trompe distendue.

Celle-ci est perméable et très contournée sur elle-même. Les parois s'amincissent par suite de la distension.

Les auteurs obtinrent, par la culture faite avec le sang de la trompe gauche, un microorganisme particulier : un coccus de 2 μ composé de 2 éléments. Chacun d'eux est séparé nettement par une ligne claire qui en fait deux demi-coques.

L'examen histologique révéla un épaississement énorme de la muqueuse de la trompe gauche avec extravasat sanguin extrême. Les veines étaient dilatées, les grosses artères occupées par un caillot ayant tendance à s'organiser.

La partie kystique pleine de sang donna ce même aspect apoplectique.

A droite on trouva une salpingite chronique.

En somme, font observer les auteurs, il s'agit ici d'une torsion et d'une hydrosalpingo-ovarite, ayant déterminé en même temps qu'une apoplexie de la paroi et une hémorragie dans la paroi et des phénomènes inflammatoires péritonitiques.

Cliniquement cette torsion s'est principalement traduite par de vives douleurs et par une augmentation rapide dans le volume de la tumeur.

MM. Hartmann et Reymond font remarquer dans leur travail que la rareté de la torsion du pédicule dans les cas de salpingo-ovarites tient à ce que celui-ci est large, assez court et que de plus la tumeur qu'elles constituent se continue jusqu'au voisinage de la corne utérine. Dans les tumeurs solides de l'ovaire la même disposition anatomique s'observe. Sur les 32 cas relatés dans la thèse de M. Bourgoin, en dehors des deux faits rapportés parallèlement au nôtre, on trouve noté que le pédicule était petit, que la tumeur était mobile, « liée intimement à l'utérus ». Cependant il était long dans un cas dû à Collins Warrens (*Boston Medical*, 1893, CXXVIII, p. 10), où il s'agissait d'un fibrome de l'ovaire avec ascite. Il en est de même dans l'observation I due à M. Picqué « où la tumeur mobile était reliée à l'utérus par un pédicule mince ».

Et cependant, faut-il en conclure formellement que ce n'est qu'à titre exceptionnel que la torsion se produit ? Nous ne le croyons pas. Si le plus souvent aucun signe ne la révèle, cela tient surtout au degré de la stricture. L'observation III en est la preuve : on n'a constaté à l'autopsie qu'une demi-torsion du pédicule. Notre opinion est celle de MM. Hartmann et Reymond : « Peut être, disent-ils, cette différence dans l'évolution (plus ou moins aiguë des symptômes) tient-elle à ce que la torsion est plus ou moins serrée, à ce qu'elle s'est faite brusquement ou lentement. » Bon nombre, peut-être, de ces poussées dites inflammatoires au cours des salpingo-ovarites devraient être mises sur le compte d'une torsion peu serrée échappant à l'investigation clinique. Pour les kystes de l'ovaire, cette hypothèse a reçu sa confirmation. Nous ne voyons pas pourquoi on ne pourrait pas l'étendre à toute tumeur pourvue d'un pédicule suffisamment allongé. Si l'on songe que la torsion peut être seulement esquissée et ne donner lieu qu'à des signes obscurs, que les tours de spire peuvent être

détruits par le chirurgien à son insu dans les manœuvres nécessitées pour rompre des adhérences et amener la tumeur au dehors ; si l'on réfléchit enfin que l'on fait le plus souvent abstraction dans les observations de la longueur du pédicule excisé, on reconnaîtra sans doute que notre hypothèse n'a rien de trop hasardé. C'est précisément en pareil cas qu'après avoir constaté l'apparition plus ou moins brusque de symptômes péritonéaux d'une gravité variable, on voit les signes s'amender, le calme se rétablir parce que, comme nous le notons dans notre observation, la circulation trouve encore à se faire d'une façon à peu près suffisante. Remarquons à ce sujet combien en somme dans la majorité des faits les menaces de péritonite ont été bénignes. Dans le nôtre, après quelques jours de souffrance, tout rentre dans l'ordre. Dans l'observation de MM. Hartmann et Reymond, les douleurs, après avoir brusquement augmenté d'intensité, conservent leur caractère sans que l'état général s'aggravât au point de faire redouter une issue fatale. En somme sur les six cas que nous rapportons, deux fois seulement les symptômes simulèrent l'occlusion intestinale, c'est-à-dire avaient acquis une telle importance qu'une intervention d'urgence s'imposait. Nous sommes certains que si l'attention était éveillée vers cette complication possible, la torsion, elle serait plus fréquemment signalée parce qu'on la rechercherait avec plus de soin au cours des opérations.

Nous pouvons donc terminer cette étude parallèle des cas de torsion du pédicule des tumeurs solides de l'ovaire ou des salpingo-ovarites par les réflexions mêmes de MM. Hartmann et Reymond : « Il serait à désirer qu'on étudiât d'un peu près l'anatomie pathologique des lésions dans les cas de kystes ou de salpingite à pédicule tordu simulant un étranglement interne, pour voir si la torsion est alors plus serrée et si elle supprime complètement la circulation. » Jusqu'à un certain point, notre observation apporte quelque lumière sur ce problème, car la clinique comme l'examen histologique nous ont montré surabondamment que si les symptômes observés n'ont pas pris un caractère de gravité plus considérable, cela tient à ce que la nutrition de l'ovaire gauche a été suffisamment assurée pour qu'il ne se produisît pas de gangrène.

(*La Gynécologie*, 15 février 1898.)

REVUE ANGLAISE

Macpherson Lawrie. — 32 CAS DE SECTION ABDOMINALE EN 17 MOIS, AVEC 30 GUÉRISONS. (65e Congrès de l'Assoc. méd. angl. *Brit. med. J.*, 20 nov. 1897.)

Le terme de *section abdominale* tend à se resteindre au sens d'incision sur la ligne blanche ; cependant l'auteur (bien que *cœliotomie*, ouverture du péritoine, convienne mieux) laisse sous ce titre un certain nombre d'incisions latérales et vaginales. Les opérations se décomposent ainsi, et il en donne le détail.

I. — 7 *ovariotomies.* — Les principales difficultés tiennent aux adhérences et sont parfois énormes lorsque les adhérences sont très étendues et contiennent de volumineuses veines, d'où utilité d'opérer aussitôt que possible ; alors l'ovariotomie est bénigne. La torsion du pédicule est un autre danger qui peut entraîner le sphacèle, de la septicémie ou des épanchements sanguins considérables. Enfin une fois il a opéré pendant la grossesse et recommande de le faire dans les premiers mois.

II. — 12 *ablations d'annexes*, avec une mort. Deux catégories de cas : lésions des trompes, lésions des ovaires. Pour les premières, nul doute que ce ne soit l'opération propre, surtout s'il s'agit de pyosalpinx, menace constante pour la vie de la malade : en effet, il expose aux pelvipéritonites à répétition qui peuvent avoir une issue fatale ; incapacité chronique, adhérences et obstruction intestinale, ouvertures fistuleuses dans la vessie ou l'intestin, etc. Là aussi, il faut opérer le plus tôt possible et son unique insuccès peut être imputé à une expectation trop prolongée. Pour les ovaires, on peut discuter d'urgence de l'opération ; cependant, ces malades sont souvent des infirmes, incapables de tout travail si leur vie n'est pas compromise par la lésion. Le chirurgien devra donc leur exposer leur situation, tenter au besoin un traitement palliatif et les opérer si elles veulent en courir la chance.

III. — 2 *oophorectomies pour fibromes.* Dans ces 2 cas, il n'y avait que des hémorragies, à l'exclusion de tout signe de compression, l'alternative avec l'hystérectomie a donc été résolue dans le sens de l'oophorectomie.

IV. — 5 *hystérectomies vaginales* : 3 épithéliomas et 1 carcinome du col, un carcinome du fond, 1 ablation d'utérus après double oophorectomie. Les difficultés ont été : l'étroitesse du vagin, une certaine fixité de l'utérus, la friabilité du col, l'hémorragie ; toutes complications, parfois redoutables et qui trouvent leur compensation dans la bénignité de la convalescence comparée à celle de la laparotomie.

V. — *Hystérectomie abdominale. Ventrofixation. Grossesse extra-utérine.*—1 cas de chacune : la première suivie de mort en 24 heures et pratiquée pour un énorme fibrome. La mortalité de cette opération pour les grosses tumeurs en fait une des plus graves de la chirurgie. Indépendamment des risques d'hémorragie et de péritonite, il faut compter avec le shock dû sans doute à des troubles de brusque décompression abdominale. Il est à souhaiter que la technique s'en perfectionne assez pour qu'on puisse l'appliquer avec confiance aux fibromes encore petits. De même pour la grossesse ectopique ; il faut opérer aussitôt que possible afin d'éluder les dangereuses adhérences pelviennes intestinales qui se développent à un âge plus avancé de la grossesse. Quant à la ventrofixation, elle occupe un rang incontesté dans le traitement des rétroversions et des prolapsus qui sans compromettre l'existence la rendent trop pénible. Les risques sont nuls en réalité et ses bienfaits sont souvent considérables.

VI.— *Opération sur l'intestin.*— 2 appendicites : drainage ; 1 ulcération chronique du côlon traitée par la colotomie inguinale droite. Dans ces cas, il est important de faire le moins possible de manipulations et pour cela, il faut savoir renoncer à l'extirpation de l'appendice et se contenter du drainage. Cette manière de procéder lui a donné deux excellents résultats. St. BONNET.

REVUE BELGE

Ch. Borremans. — ALTÉRATIONS DE L'ENDOMÉTRIUM DANS LES TUMEURS FIBRO-MYOMATEUSES DE L'UTÉRUS. (*Annales de l'Institut Sainte-Anne*, t. II, n° 1, 1898.)

Si l'on incise un utérus fibromateux, on est tout d'abord frappé de l'hypertrophie considérable que la muqueuse a subie, en étendue comme en épaisseur ; en outre, elle est marbrée d'infarctus hémorragiques. Examinée au microscope, elle présente des lésions inflammatoires d'un caractère spécial. La plupart des auteurs écrivent que le fibrome provoque une endométrite glandulaire. Cette affirmation est inexacte, au moins en partie. En effet, l'endométrite concomitante du fibrome présente ceci de particulier qu'elle n'est pas de même nature dans toute l'épaisseur de la muqueuse : elle est interstitielle dans la zone superficielle, glandulaire dans la zone profonde. Déjà à l'œil nu la différence de structure entre les deux couches est manifeste : la première a un aspect compact, tandis que l'autre donne l'impression d'un tissu spongieux. Sous l'objectif, les deux couches se différencient bien nettement. Dans la couche superficielle, le tissu fondamental est devenu plus dense, par multiplication de ses cellules ; celles-ci sont pour la plupart fusiformes, ce qui dénote la chronicité des lésions, la tendance à la sclérose ; par places cependant se voient des accumulations anormales de petites cellules rondes, signe d'une poussée aiguë. Les glandes, au contraire, sont comme étouffées, leur lumière est rétrécie. Quant à la couche profonde, elle présente des lésions tout opposées. Ici les glandes deviennent sinueuses, s'élargissent et se ramifient ; elles raréfient et étouffent les éléments du stroma, à tel point que dans les formes extrêmes les parois des cavités glandulaires voisines sont contiguës. Toute la zone glandulaire est convertie alors en un tissu aréolaire, dont les mailles se rompent avec la plus grande facilité sous l'impulsion du sang. Aussi trouve-t-on fréquemment les cavités glandulaires remplies de fibrine coagulée et de globules sanguins. La prolifération glandulaire ne respecte pas la limite entre la muqueuse et la musculature : des pelotons de glandes s'engagent entre les faisceaux musculaires et peuvent pousser des ramifications jusque dans l'épaisseur même de la tumeur fibro-myomateuse. Considérées dans leur ensemble, les lésions que nous venons de décrire sont très caractéristiques et l'on peut affirmer qu'il existe une forme d'endométrite spécifique de fibrome.

A côté de ces lésions de nature hyperplasique, qui existent seules dans la majorité des cas, nous avons trouvé parfois des lésions d'un caractère tout différent : une muqueuse atrophiée, amincie et formée presqu'exclusivement d'éléments conjonctifs. Ces altérations sont dues à des causes mécaniques : elles se rencontrent là où la muqueuse utérine est distendue et comprimée par le fibrome qu'elle tapisse.

R. PICHEVIN, *Directeur-Gérant.*

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE DAIX FRÈRES.
Maison spéciale pour Journaux et Revues.



SOMMAIRE

VASTE ABCÈS DE L'OVAIRE

développé dans le ligament large,

Par M. le Dr THIÉBAUT.

Dans un travail paru dans les *Annales de l'Institut Sainte-Anne* (T. Ier, 15 juin 1896), le Dr J. Devos a fait une étude très intéressante de douze cas d'abcès de l'ovaire qu'il a pu recueillir dans le service du Dr Jacobs. Plus tard, dans une communication faite à la Société belge de Gynécologie et d'Obstétrique (no 4, 1897), il fait la relation de cinq nouveaux cas d'abcès ovariques, opérés dans le même service.

Notre intention n'est pas de reprendre cette étude, mais plutôt d'y ajouter une observation intéressante à plus d'un titre.

Il s'agit d'une personne de 36 ans, nullipare, qui est venue nous consulter à l'Institut Sainte-Anne le 16 août dernier. Sans cause appréciable, il y a un an environ elle a été subitement prise de douleurs très violentes dans le bas-ventre qui l'obligèrent à garder le repos le plus complet. Son médecin, après avoir diagnostiqué une pelvi-péritonite, la soumit au Priessnitz et à la morphine. Quinze jours de ce régime amenèrent une grande amélioration dans l'état de la malade, qui put reprendre ses occupations habituelles. Depuis cette époque elle n'a plus ressenti la moindre douleur, mais elle s'est aperçue de l'augmentation graduelle du ventre. C'est même pour cette raison qu'elle vint nous consulter, ayant cru au début à une grossesse.

Rien de spécial dans son passé gynécologique. Ni leucorrée, ni fausse couche ; la menstruation, très régulière, s'est toujours bien effectuée depuis la puberté. Depuis la pelvi-péritonite les règles sont devenues très abondantes, en caillots, durant parfois huit à dix jours.

Nous ne découvrons aucune tare héréditaire et la malade ne nous accuse aucune affection dans ses antécédents personnels.

Au toucher : Col de nullipare, allongé, situé très haut derrière le pubis.

Le corps ne paraît faire qu'un avec une tumeur dure, assez régulière, développée dans l'abdomen sur la ligne médiane et dans le flanc gauche, et remontant au delà de l'ombilic. Les mouvements imprimés à cette tumeur se transmettent directement au col.

Tout le Douglas et le cul-de-sac latéral droit sont remplis par une tumeur molle, fluctuante, régulière, à parois minces. La tumeur abdominale est plus mobile ; la palpation et la percussion nous donnent la certitude que de nombreuses anses intestinales recouvrent la face antérieure.

L'évolution de la tumeur, ses caractères, sa situation et les hémorragies menstruelles datant de la péritonite nous firent diagnostiquer un fibromyome utérin avec kyste de l'ovaire. Nous pratiquâmes la laparotomie deux jours plus tard.

L'intervention fut très longue et difficile en raison des adhérences intestinales. Le ventre ouvert, nous tombons immédiatement sur la masse épiploïque recouvrant la tumeur.

Après l'avoir dégagée, nous découvrons le corps utérin immédiatement au-dessus du pubis, de volume normal et coiffé d'une énorme tumeur kystique, recouverte elle-même par de nombreuses anses intestinales. Nous déchirons une à une toutes ces adhérences, et en explorant le petit bassin nous percevons à droite le kyste de l'ovaire, du volume d'une tête d'enfant, que nous avions perçu par le toucher vaginal. Nous l'extrayons sans grande difficulté et cette brèche faite, nous tâchons de dégager la tumeur du côté gauche ; n'y parvenant pas, nous la ponctionnons de peur de la voir s'ouvrir dans le petit bassin par sa partie inférieure non accessible. Nous la vidons : elle contenait un litre et demi de pus jaunâtre, crémeux, non fétide. Nous continuons à libérer cet abcès de ses adhérences et nous nous apercevons qu'il s'est développé dans le ligament large gauche. Après section de celui-ci sur toute sa longueur, nous énucléons l'abcès. La tumeur étant très adhérente à l'utérus — le ligament de l'ovaire était très épaissi — et les lésions étant bilatérales, nous avons pratiqué l'hystérectomie abdominale supra-vaginale ; un premier surjet à la soie assura l'hémostase du moignon utérin, un second referma toute l'étendue des ligaments larges.

Nous nous trouvions donc en présence d'un énorme abcès de l'ovaire. Le ligament utéro-ovarien était fortement épaissi et maintenait la poche contre la face postérieure de l'utérus. La trompe fermée au niveau de son pavillon, était couchée sur la tumeur et renfermait une certaine quantité de liquide citrin.

Les parois de l'abcès étaient très épaisses : en certains endroits elles pouvaient avoir 7 à 8 millimètres d'épaisseur. Les coupes en séries que nous avons faites après inclusion dans la paraffine, nous ont démontré qu'elles étaient constituées au centre par une couche très riche en éléments embryonnaires et plus en dehors par une zone de tissu fibro-cellulaire, au milieu duquel nous avons trouvé les éléments propres de l'ovaire.

L'étiologie de cette affection est très obscure. Le Dr Devos, dans son travail (*loco citato*), admet comme causes des abcès ovariques tout d'abord la puerpéralité, ensuite l'infection gonococcique, le rhumatisme, les fièvres exanthématiques ; certaines maladies de l'enfance : la rougeole, variole, scarlatine ; la tuberculose.

Rien dans l'histoire de notre malade ne nous autorise à préciser la nature de cet abcès. Nous ne relevons dans son passé gynécologique aucun indice qui puisse nous éclairer au sujet de l'origine de cette affection et les examens microscopiques du pus et les inoculations et ensemencements ne nous donnent aucun indice. Peut-on dire que c'est un kyste de l'ovaire passé à suppuration ? On pourrait tout d'abord le supposer, en vertu de la présence d'un kyste de l'ovaire droit. Mais ces kystes passent rarement à suppuration et alors elle est due, ou bien aux manœuvres faites pour vider ces tumeurs, ou encore à la torsion du pédicule : ce qui n'est pas le cas chez notre malade.

L'unilatéralité de la lésion correspond aux idées émises par Pozzi dans sa troisième édition ; il cite un travail de Edebohls, où 28 fois sur 29 l'affection était unilatérale. Sur 17 cas, Devos trouve deux fois des abcès bilatéraux des ovaires.

La situation dans le ligament large et le volume de la tumeur méritent également d'être signalés. Le même auteur ne les a jamais rencontrés développés entre les feuillets du ligament large.

L'erreur de diagnostic commise peut s'expliquer par ce fait que nous nous trouvions en présence d'une tumeur faisant corps avec l'utérus, surtout développée sur la ligne médiane et donnant lieu à des hémorragies très abondantes à chaque menstruation. Il est même exceptionnel de constater des ménorragies dans les tumeurs bilatérales des ovaires ; l'aménorrée est plutôt la règle.

Reste encore un point intéressant se rapportant à cette observation : c'est l'heureuse influence des injections de sérum artificiel dans les infections au début.

Pendant les vingt-quatre heures qui suivirent notre intervention tout alla bien. Ce laps de temps écoulé, l'état de notre malade se modifia profondément, elle devint agitée, son facies se grippa, les yeux s'enfoncèrent dans les orbites, le nez s'étira, le visage et les mains devinrent cyanosés. Le pouls de 24 au 1/4 était à 35, petit, filant ; la température était à 38°7 ; aucun symptôme d'hémorragie. Rien cependant, du côté du ventre, n'attirait notre attention. Il n'y avait ni vomissements, ni ballonnement et le toucher vaginal était indolent, les culs-de-sac vaginaux parfaitement libres.

Nous fîmes administrer des injections sous-cutanées de sérum artificiel à l'aide de l'appareil d'Esmarch, 500 grammes d'abord et deux heures plus tard une nouvelle dose de 250 grammes. Quatre heures après, la situation était absolument transformée : la température était bien à 40°, mais l'aspect général s'était totalement modifié, le pouls était plein, vibrant, ralenti, le facies vultueux et une sudation abondante s'était produite ; le lendemain matin, la température était à 37°3.

L'effet des injections de sérum artificiel administré pour combattre les infections est encore discutable ; cependant, si l'on tient note de son influence heureuse dans ce cas et si on le rapproche de ceux publiés antérieurement, entre autres par le Dr Dandois, à la Société Belge de Chirurgie, il semble que les injections d'eau salée aient une action réelle dans certaines infections d'origine chirurgicale. Cette action se rapproche sans doute de celle décrite par Bordet, dans les *Annales de l'Institut Pasteur*. Le sérum artificiel agirait comme l'injection préalable de bouillon peptonisé dans le péritoine du Cobaye ; il déterminerait une chimiotaxie positive, capable de provoquer le travail de phagocytose. De plus, les travaux de Pierallini et Garnier tendent à démontrer l'heureuse influence du liquide physiologique dans l'organisme, tout particulièrement sur les leucocytes ; non seulement il diminue la phagolyse, mais il provoque immédiatement une hyperleucocytose manifeste. Il résulte encore de leurs expériences qu'il n'est pas nécessaire d'avoir recours à une grande quantité de solution physiologique, et que ce liquide doit avoir une température se rapprochant de celle de l'organisme normal, 37°.

(*Annales de l'Institut Sainte-Anne*, t. II, n° 1, 1898.)



FIBROMYOME DE LA TROMPE

Par M. le Dr C. JACOBS.

—

Les cas de tumeurs fibromyomateuses de la trompe sont excessivement rares. Celui que nous décrivons ici est le seul que nous ayons rencontré sur plusieurs centaines de cas d'affections tubaires ayant nécessité l'opération abdominale ou vaginale.

Sutton appelle l'attention sur ce fait que l'hypertrophie de la couche musculaire de la paroi tubaire accompagne souvent le fibrome utérin; le fait est possible, quoique non constant et en tout cas il s'agit là d'un processus pathologique absolument différent de l'existence d'une tumeur. *Kealing* et *Coe* disent que les fibromes ou les fibromyomes de la trompe ne dépassent jamais le volume d'une noisette, de là leur peu d'intérêt clinique. Simpson, cependant, a décrit un cas de fibrome de la trompe ayant la grosseur d'une tête d'enfant. *Doran*, après étude anatomique, a prétendu que ce fibrome n'était, en réalité, qu'une tumeur paratubaire.

Le cas de *Schwartz*, de Paris, où il s'agit d'un fibrome développé sur la trompe droite, au niveau de son insertion sur l'utérus, semble n'être qu'une tumeur utérine migratrice.

Nous avons retrouvé trois observations de tumeurs fibreuses dans la littérature :

Un cas de *Sullivan*, dans lequel il s'agit d'un énorme fibrome de la trompe opéré par laparotomie ; deux cas de fibro-kystes de la trompe, rapportés par *Thomas*.

Speath (1892) a, à l'exemple de Sutton, cité un fait d'épaississement uniforme de la paroi tubaire, présentant la structure du fibromyome, mais, encore une fois, dans ce cas il s'agit plutôt d'une inflammation chronique de la trompe que d'une tumeur réelle.

En somme, les cas connus de fibromyomes de la trompe sont au nombre de six. C'est dire assez l'importance que nous attachons au cas que nous avons eu l'occasion d'étudier. Celui dont nous parlons ici provient d'une personne de 41 ans, primipare ; l'accouchement remontait à 22 ans.

Cette femme est atteinte d'une affection intestinale chronique depuis cette époque.

La délivrance fut accompagnée de métrorragies abondantes, de rétention placentaire prolongée qui nécessita l'extraction forcée, opération qui fut suivie, pendant quelque mois, de chute utérine.

En novembre 1896 elle fut prise de diarrhée profuse avec dépérissement rapide, douleurs pelviennes gauches suraiguës. Comme symptôme génital, menstruation régulière, pas de pertes intermenstruelles ; état général mauvais, teint terreux. La malade fut soumise à un traitement local intestinal en 1896.

Examen : col hypertrophié, corps de volume normal en antéversion ; on perçoit dans son voisinage, à gauche, une tumeur du volume d'une grosse orange, mobile, très sensible.

Nous soumettons la malade à un traitement intestinal antiseptique pendant quelque temps, mais devant l'insuccès de nos efforts, nous penchons à croire que la tumeur pelvienne est la cause première de tous les accidents, et nous engageons la malade à se faire opérer.

Cette intervention fut pratiquée le 24 avril 1897, en présence des docteurs belges : Van Hassel, Urbain, Lebrun et Stouffs.

J'avais l'intention d'extraire simplement la tumeur par la voie haute, mais dès que je pus me rendre compte des lésions et surtout lorsque je vis que les annexes droites présentaient des lésions très profondes kystiques, je me décidai à pratiquer la castration totale.

La tumeur annexielle gauche, malgré sa mobilité apparente qui nous l'avait fait croire assez libre, était très adhérente à la vessie et aux intestins. La trompe droite est kystique, son pavillon soudé, formant tumeur de la grosseur d'une noix. Après libération de l'utérus et des masses annexielles, je pratique l'amputation susvaginale. Un surjet à la soie referme le moignon du col, un deuxième surjet le recouvre de péritoine et referme les ligaments larges.

La tumeur a le volume d'une grosse orange ; elle est développée sur le tiers moyen de la trompe gauche, aux dépens de la tunique musculaire. La muqueuse est étalée sur elle et se continue sans altérations apparentes avec la muqueuse des deux autres tiers du conduit.

Le tiers externe présente des tuniques hypertrophiées, la muqueuse est saine jusqu'au niveau du pavillon, les franges de ce dernier sont très hypertrophiées, soudées l'une à l'autre, formant une tumeur de la grosseur d'une noix fluctuante. Son contenu est séro-sanguinolent.

Le tiers interne de la trompe ne présente rien de spécialement intéressant, sauf de légères lésions de salpingite hypertrophique interstitielle.

Le calibre de la trompe est assez augmenté sur tout le trajet de la tumeur.

Les lésions ovariennes sont des lésions connexes de la dégénérescence kystique.

La trompe droite présente des lésions de la salpingite chronique interstitielle. Elle est kystique, à contenu séro-sanguinolent.

L'examen microscopique de la tumeur nous en démontre nettement les caractères fibromyomateux. Les fibres connectives sont en majorité, par places seulement les fibres musculaires dominent. Au centre de la tumeur nous rencontrons un point où nous découvrons une infiltration embryonnaire assez abondante, insuffisante pourtant pour croire à une dégénérescence maligne du néoplasme.

Cette tumeur, nettement fibromyomateuse, très circonscrite à une étendue limitée de la trompe, s'est formée aux dépens des parois de l'organe.

Le point central suspect n'était peut-être qu'un point limité de désintégration moléculaire ou d'ectasies lymphatiques, à l'exemple de ce qui se passe dans les fibromes de l'ovaire.

LITTÉRATURE

—

KEATRY et COE : *Clinical Gynæcology*. Philadelphie, 1895.

SULLIVAN : Large fibroid Fallopian tumor. (*J. Gynæc. Soc. Boston*, 1870, III.)

THOMAS : Fibrocyst of the Fallopian tube. (*N. York Med. Journ.* 1881, XXXIV.) Cystic fibroid of the Fallopian tube. (*Améric.* (*J. obst. N. Y.* 1882, XV. Supplém.)

FABRICIUS : Ueber Myome und Fibbrome des Uterus und deren Einfluss auf die Umgebrung. etc. (*B. z., Kl. Med., u Chir. herausgeg, v Red. Comité d. Wien. klin. Wochenschr.*, Heft II. 1895.)

MYRTLE : Fibro-cartilagineous tumor in the left Fallop. tube. (*The monthly journ. of. med. Sc.* Edimbourg, 1849.)

PILLIET : *Annales de la Société anatomique de Paris*. Juillet 1894.

SCHWARTZ : Fibromyome de la trompe droite. Société de Gynécologie de Paris. (*Annales de Gynécologie*. XXXIII, 1890.)

SIMPSON : *Sir J. Clinical Lectures of the Diseases of Women*. Edinburgh, 1878.

SPEATH : Ein Fall von Fibroid des Eileiters. (*Zeits. f. Gebh. u. Gyn.* XXI, S. 363.)

COE ET WYLIE : Dis. of the Fall. tubes. (*Amer. Syst. of Gynec.*, vol. II.)

MARTIN : Die Krankheiten der Eileiter. Leipzig, 1895. Myome und Fibrome. (*Sanger u. Barth.*) P. 290.

(*Annales de l'Institut Sainte-Anne*, t. II, n° 1, 1898.)

NOTE SUR LA TOPOGRAPHIE DE LA VESSIE ET DES URETÈRES

CHEZ LA FEMME

Par G. FRAISSE.

(*Suite et fin.*)

—

Tels sont les rapports des uretères féminins lorsque la vessie et le rectum sont vides ou modérément remplis. Ils subissent quelques modifications, du reste peu accentuées, en cas de forte réplétion de ces réservoirs. Mais ces changements, qui peuvent intéresser le physiologiste, sont pour nous sans grande valeur, puisque, avant toute intervention, vessie et intestin sont préalablement évacués.

Il n'en est pas de même lorsqu'on abaisse l'utérus vers la vulve. Ici, les changements de rapports méritent qu'on les étudie de près.

En ce qui concerne la vessie, son diverticule postérieur suit le col et sa paroi postérieure s'étale presqu'en entier devant l'opérateur ; de sorte que, dans cette nouvelle disposition, le cathétérisme doit être pratiqué avec une sonde d'Homme, dont le bec est tourné en bas et en avant.

Quant aux uretères, par suite de la tension des ligaments larges, ils subissent une sorte d'étirement, qui se fait sentir dans la partie antérieure de leur trajet pelvien, jusqu'à leur point d'attache aux vaisseaux hypogastriques, c'est-à-dire jusqu'à la paroi latérale du petit bassin. D'autre part, la traction indirecte ressentie par les uretères est beaucoup moindre que celle que subissent les vaisseaux utérins ; ceux-ci, en effet, accompagnent le col dans sa descente et sont fortement disloqués vers le bas. Il en résulte un agrandissement d'espace entre le plan du conduit urinaire et celui de l'artère utérine, condition qui semble, au premier abord, favorable pour la pratique de l'hystérectomie, mais qui, de fait, n'a qu'une



importance secondaire, puisque nous savons nous créer une voie entre les deux canaux, les dissocier largement, rejeter l'uretère vers le haut, loin du champ opératoire, tandis que nous gardons les vaisseaux sanguins à notre portée.

La portion vésicale des uretères ne subit pas d'étirement appréciable et garde sa forme sinueuse, à moins de tendre au maximum la paroi vaginale antérieure, au moyen de tractions appropriées, comme on fait pour les colporraphies profondes. Le seul changement digne d'être noté, c'est que cette portion vésicale ne se trouve plus dans un plan oblique et descendant, comme on a vu plus haut, mais dans un plan horizontal, et même dans un plan ascendant lorsque, l'utérus étant très mobile, le col atteint la vulve ou même la dépasse.

Quant au cervix lui-même, qui subit la traction la plus forte et la plus directe, ses portions intermédiaire et supravaginale, ainsi que le segment inférieur de l'utérus, tendent à s'enfoncer, à pénétrer plus avant entre les parties d'uretères situées dans le tissu paracervical. Comme à ce niveau les uretères convergent l'un vers l'autre, et que, d'autre part, des segments de plus en plus volumineux de la matrice s'engagent dans l'espace inter-uretéral, il en résulte qu'à l'état d'abaissement la portion susvaginale du col se rapproche des uretères.

Ce rapprochement n'est pas assez accentué pour créer des difficultés spéciales, quand il s'agit d'opérer le détachement des uretères sur les côtés de l'utérus. Il indique simplement que la décortication du cervix doit être une manœuvre délicate et soignée, en d'autres termes, que l'instrument ne doit jamais quitter la substance utérine et surtout ne jamais s'égarer dans le tissu paracervical.

De ces diverses remarques, il résulte que l'incision destinée à désinsérer le col, au début de l'hystérectomie vaginale, doit empiéter le moins possible sur la lèvre antérieure, de peur d'intéresser la vessie, tandis que sur la lèvre postérieure il n'existe pas de risques analogues. A ce point de vue, l'incision la plus rationnelle et la plus avantageuse à la fois est celle indiquée par Pichevin (*De l'Extirp. totale de l'utérus*, p. 85 *et suiv.*)

Une fois le vagin désinséré, la décortication du col s'opère en général sans peine sur la partie médiane, tandis que vers les côtés il faut plus d'attention. Cela tient à la moindre netteté des bords de la matrice, auxquels aboutissent de nombreux affluents sanguins et d'où partent des expansions musculaires destinées aux ligaments larges. Dans ces parages, le sentiment de la proximité des uretères retient naturellement la main de l'opérateur et constitue le meilleur garant de leur conservation.

Lorsqu'on se contente de pratiquer la cœliotomie vaginale antérieure, les mêmes principes sont de rigueur. Dührssen, créateur et vulgarisateur de la méthode, dit expressément qu'après avoir pratiqué une incision d'environ un centimètre sur la face antérieure du col, le long de l'insertion vaginale, on approfondit cette incision aux ciseaux et on la prolonge de chaque côté sur une longueur de 1 cent., 2 centimètres au plus. « Ce faisant, on conduit l'incision profondément, tout « contre l'utérus, à cause du voisinage des uretères. »

Il est curieux de voir comment, par une si faible ouverture, il est possible de faire passer le fond, parfois très volumineux, d'un utérus hypertrophique. Toutefois, s'il s'agit d'extraire par cette voie une tumeur solide, telle qu'un fibrome de la grosseur du poing, on fera mieux de recourir à l'incision de Mackenrodt qui, soulevant la vessie et les uretères, donne plus d'espace tout en respectant ces derniers.

Pour en revenir à l'hystérectomie vaginale, chacun sait que les blessures de l'uretère se produisent, au cours de cette opération, dans deux circonstances : lorsqu'on isole les parties basses de l'utérus au moyen de l'instrument tranchant, ou bien lorsqu'on place les pinces à demeure.

Pour éviter la première catégorie d'accidents, il n'existe qu'un moyen sûr : l'exacte décortication du cervix sur sa face antérieure, sur ses côtés et en général sur toute sa périphérie. Ici même, le Dr Pichevin a posé des règles très précises sur ce temps si important et un peu négligé de la colpohystérectomie ; on ne saurait mieux faire que d'y renvoyer le lecteur. (*Semaine gynécol.*, année 1897, n° 48 et passim.)

Quant au second ordre d'accidents, il ne peut provenir que d'un décollement insuffisant et par suite incomplet de la paroi postérieure de la vessie. On l'évitera, à coup sûr, en pratiquant le clivage dont il a été longuement question plus haut et qui est ici rendu encore plus facile par l'abaissement de l'utérus. Une fois la vessie et, à sa suite, les uretères chargés sur un écarteur et largement réclinés, on peut disposer les pinces sur les ligaments larges avec toute la sécurité voulue. Il n'est même plus nécessaire de placer la pince inférieure tout contre le col. Cette précaution devient superflue ; bien plus, il est indiqué de pousser la pince au dehors, vers les parois pelviennes, si on a intérêt à supprimer le plus possible des paramètres latéraux, ce qui a lieu, par exemple, dans l'hystérectomie entreprise pour cancer.

Quand l'utérus est fixé et que le col résiste aux tractions, il semble que les rapports des uretères avec cet organe ne doivent pas être modifiés. Toutefois, le clivage recherché est ici plus difficile à obtenir, à cause de la distance à laquelle on opère, et aussi de la moindre tension de la voûte vaginale antérieure. De plus, parmi les éléments de fixation utérine, il est fréquent d'avoir affaire à des processus de paracervicite chronique, qui ont pour effet d'immobiliser la paroi vésicale et les uretères par rapport au col. Parfois même, des tractus cicatriciels venant du col peuvent se développer vers ces derniers, qu'ils tirent progressivement jusqu'au contact de la substance utérine. C'est pourquoi on recommande, dans les cas d'utérus fixé, de n'avancer qu'à petits coups de ciseaux, qui rasent le muscle d'aussi près que possible, et de soulever à mesure les parties détachées au moyen d'écarteurs. Aussi bien, sera-t-il prudent de n'entreprendre une semblable opération qu'après avoir acquis une large expérience de l'hystérectomie pour utérus mobile.

Enfin, les rapports des uretères avec le col peuvent être modifiés par le fait de productions néoplasiques, qui se développent sur les parties basses de la matrice, de telle sorte que les conduits urinaires viennent à s'appliquer directement sur la convexité même de la tumeur. Pour avoir méconnu cette particularité à vrai dire exceptionnelle, il est arrivé à plusieurs chirurgiens de sectionner l'uretère. Il est évident qu'ici un redoublement d'attention peut seul éviter cet accident. Quels que soient les cas, les principes généraux exposés plus haut, concernant la décortication de l'utérus, le décollement complet et le soulèvement du système urinaire, restent les mêmes et suffisent pour donner toute la garantie voulue. Seule, leur application peut offrir des difficultés particulières, ce qui est le fait de toute méthode chirurgicale.

A propos des blessures de l'uretère au cours de l'hystérectomie vaginale, on a depuis longtemps remarqué qu'elles étaient bien plus fréquentes du côté droit. Des nombreuses explications données au sujet de cette préférence, aucune ne m'a satisfait. Jusqu'à nouvel ordre, je préfère en voir la raison dans ce fait, mis en lumière par Luschka, que les rapports des uretères avec l'utérus ne sont pas les mêmes des deux côtés. Voici en effet ce qu'écrivait cet anatomiste, bien avant qu'un semblable accident fût en cause : « Une déviation, du « reste peu prononcée, de l'axe longitudinal de la matrice par « rapport au plan médian et sagittal du bassin, paraît devoir « être la règle ; elle dépend de la situation du rectum. Il s'en « suit que, des deux uretères, l'un est plus rapproché que l'au- « tre de l'utérus. En raison de la position que le rectum occupe « du côté gauche, l'utérus est le plus souvent dévié vers la « droite ; d'où rapprochement de l'uretère droit. Au contraire, « si exceptionnellement le rectum présente un trajet descen- « dant allant de droite à gauche, c'est le rapport inverse que « l'on constate d'habitude, comme conséquence de cet état. »

Pour finir, il reste à indiquer succinctement la manière d'aborder les diverses portions de l'uretère féminin. En dehors des fistules uretérales, peu de choses ont été dites sur un pareil sujet. Par contre, les travaux abondent en ce qui concerne l'uretère de l'Homme. C'est qu'en effet, les diverses opérations entreprises pour aborder ce conduit en un point donné de son parcours, ont eu la plupart du temps pour objet la recherche et l'extirpation d'un calcul. Or, les accidents de cet ordre sont infiniment plus rares chez la Femme ; d'où nécessité très restreinte d'intervenir.

Pour la portion abdominale de l'uretère, pas de différence entre les deux sexes. La laparotomie constitue la voie de choix, mais seulement pour ce qui a trait à l'exploration. S'il



s'agit d'intervenir sur ce canal, et surtout d'ouvrir sa cavité, il convient de recourir à la voie extra-péritonéale, c'est-à-dire à l'incision lombaire.

La portion vésicale de l'uretère féminin est naturellement accessible par le vagin, et l'incision proposée par Mackenrodt comme premier temps de la vaginofixation, donne toutes les commodités désirables pour l'aborder dans sa totalité. On aura soin seulement de pousser plus loin, de chaque côté, la dissection des volets vaginaux, de manière à bien comprendre les trajets urinaires dans le champ opératoire. De plus, en décollant largement la vessie sur les côtés du col, il est possible d'atteindre la portion terminale des uretères pelviens, dans l'intérieur même des ligaments larges. On comprend sans peine que ces diverses manœuvres soient facilitées par le cathétérisme préalable des uretères.

Reste la portion pelvienne de l'uretère féminin. Si l'on a déjà découvert et suivi l'uretère dans sa portion abdominale, au moyen de l'incision lombaire, il est tout indiqué de prolonger cette incision vers la région inguinale, de sorte que l'ensemble constitue un tracé *lombo-ilio-inguinal* (Tuffier, Israël). On peut, de la sorte, en sectionnant les muscles à mesure de leur rencontre, et en soulevant de proche en proche le péritoine, suivre l'uretère de haut en bas dans la plus grande partie de son étendue. Il est même possible, du moins chez l'Homme, de le réséquer en entier, car je ne sache pas qu'une pareille éventualité se soit présentée chez la femme.

On peut avoir à aborder l'uretère en un point donné de sa portion pelvienne, par exemple au niveau de l'artère hypogastrique. L'opération n'est autre, en pareil cas, que celle qui conduit à la ligature de ce vaisseau. Il y avait autrefois, pour cette ligature, des incisions spéciales ; grâce à la laparotomie, on la pratique aujourd'hui directement, à travers le péritoine, Pryor et Kelly l'ont chaudement préconisée, dans le but d'obtenir une atrophie encore bien problématique, et en ont donné un manuel opératoire très complet. On n'aurait qu'à s'y conformer pour la recherche du segment d'uretère tangent aux vaisseaux hypogastriques.

De même, un bon repère nous est fourni par la fossette ovarienne, dont l'uretère constitue le bord postéro-interne en formant un relief souvent très appréciable. A ce niveau, le canal transparait sous le péritoine; on le reconnait à sa couleur blanc-jaunâtre et à ses mouvements péristaltiques. Mais il faut pour cela que le péritoine soit intact et que le massif intra-pelvien ait gardé l'intégrité de sa configuration et de ses reliefs. Or, multiples sont les causes, soit inflammatoires, soit néoplasiques, qui sont susceptibles d'englober la dépression ovarienne et de la rendre méconnaissable; de sorte qu'un pareil repère n'a de valeur qu'avec des organes sains.

Quant à la portion d'uretère cachée dans l'épaisseur du ligament large, on peut l'aborder directement au moyen d'une opération analogue à celle que préconisent Rouffart et Cittadini pour la recherche des glanglions pelviens, consécutivement à l'extirpation de l'utérus cancéreux (1). Dans ce but, ces chirurgiens pratiquent d'abord l'hystérectomie abdominale totale ; puis ils soulèvent le feuillet postérieur du ligament large et mettent à découvert tout le contenu de ce ligament : vaisseaux, ganglions et enfin uretère, ce dernier étant reconnu sans qu'il soit, au préalable, cathétérisé par la vessie ; tandis que les Américains sont partisans de cette dernière précaution.

Au simple point de vue de la recherche de l'uretère, l'hystérectomie abdominale serait inutile. Il suffirait du détachement latéral du ligament large, tel qu'on le pratique dans les premiers temps du procédé dit Américain ou de Kelly. Le feuillet postérieur du ligament large est ensuite soulevé et, dès lors, rien de plus simple que de suivre l'uretère dans la gangue conjonctive du ligament, depuis la paroi pelvienne jusque sur les côtés du col.

La Gynécologie actuelle paraît attacher une grande importance à la poursuite des ganglions lymphatiques dans le petit bassin, comme complément indispensable de l'extirpation de l'utérus et de ses annexes pour cause de cancer; et tout fait prévoir qu'on arrivera à fouiller cette région comme on fait du creux axillaire. Quant à la portion pelvienne des uretères, elle bénéficiera de ces recherches et de ces essais. La connaissance minutieuse de son trajet dans les profondeurs du bassin deviendra chose banale ; or, ce court mémoire a précisément pour objet de faire entrevoir des notions plus précises, qui ne sauraient tarder de surgir et, à ce point de vue, il n'aura peut-être pas été tout à fait inutile.

(1) Cette voie nous semble préférable à l'incision para-sacrale proposée par Delbet, Cabot, etc., etc., et qui paraît convenir surtout pour l'Homme.

REVUE FRANÇAISE

Hermite. — RÉTENTION DU PLACENTA ET SÉCRÉTION LACTÉE. (*Dauphiné médical*, février 1898.)

Mme X., âgée de vingt-neuf ans, a eu un accouchement à terme il y a trois ans.

Pas de fausses couches dans l'intervalle.

Depuis sa dernière grossesse, la malade a présenté des pertes blanches très abondantes, accompagnées quelquefois d'un peu de sang. Les règles sont très irrégulières et le ventre est parfois douloureux.

Les dernières règles remontent au 2 octobre.

Le 1er mars, des douleurs abdominales se déclarent. On fait prévenir l'accoucheuse, qui assiste, au bout de huit heures, à la sortie d'un fœtus du sexe féminin, mesurant environ 25 centimètres.

Au bout de vingt minutes, l'accoucheuse veut essayer de faire des tractions sur le cordon ; mais celui-ci, friable, se déchire bientôt.

Pendant et après la sortie du fœtus, il n'y a eu aucun écoulement de sang par la vulve.

L'accoucheuse se retire, en disant que la délivrance sortirait toute seule, et peut-être même sans qu'on s'en aperçoive. Vers le huitième jour, l'accouchée se lève en étant parfaitement convaincue que le placenta était sorti.

Depuis son avortement, l'accouchée ne prend aucune injection. Des pertes vaginales se montrent accompagnées de douleurs de tête.

Deux ou trois jours après, la malade ressent des frissons et me fait prévenir.

Au toucher, je constate un léger ramollissement du col. Ce dernier est reformé et a repris ses caractères ordinaires.

Il m'est absolument impossible d'introduire l'index dans sa cavité.

Par le palper bi-manuel, j'ai la sensation d'un utérus assez volumineux, et surtout très mou. Malgré un toucher assez long, qui devait exciter le muscle utérin, je n'ai provoqué aucune contraction utérine.

Je prends la température rectale : elle est de 38°5.

Je conseille des injections au sublimé, deux fois par jour. Le lendemain au soir, la température est de 39°. Enfin, le 20 mars, c'est-à-dire vingt jours après l'avortement, je me décide à intervenir.

Assisté de M. Besson, interne à l'hôpital, je fixe le col utérin avec une pince et je le dilate avec des bougies d'Hégar. Je sens alors, en introduisant l'index, la face glissante fœtale du placenta que j'essaye de décoller à la partie inférieure ; mais ce dernier étant très adhérent, j'ai dû continuer avec une large curette. Une hémorragie assez abondante se déclare, et la malade prend une syncope que la flagellation et la station horizontale font vite disparaître.

Je fais un grand lavage intra-utérin avec trois litres de sublimé, à 0,25 pour 1,000, que je fais suivre d'un lavage avec plâtre de thymol-tarta-sodique, à 0,50 pour 1,000, et je bourre dans la cavité utérine une mèche de tarlatane sublimée.

La température du lendemain est de 37°5, le surlendemain de 37°.

Je constate alors un phénomène assez curieux : la malade, qui n'avait pas eu d'augmentation des seins après l'expulsion du fœtus, ressent, trois jours après le curettage, de légères douleurs dans les seins. Du lait s'écoule en abondance pendant une dizaine de jours, et, d'après la malade, en aussi grande abondance qu'après son dernier accouchement.

Cette observation me paraît intéressante à plusieurs points de vue : la malade ayant eu des symptômes de métrite depuis son dernier accouchement (pertes blanches abondantes, pertes de sang, douleurs abdominales), il se peut très bien que cette affection soit la véritable cause de son avortement et de son adhérence placentaire.

La deuxième remarque, et cela a déjà été constaté très souvent, c'est que le placenta peut rester longtemps dans la cavité utérine sans provoquer des douleurs abdominales et surtout des hémorragies. L'hémorragie prouve que le placenta est partiellement décollé, ou incomplètement expulsé. L'utérus ne se contractant



pas, n'a pas pu détruire les rapports des vaisseaux utéro-placentaires.

Le placenta se comporte comme une tumeur bénigne qui, du reste, peut subir des dégénérescences et se transformer.

L'absence d'écoulement sanguin prouve donc deux choses : ou que l'utérus est vide, ou que le placenta est complètement adhérent.

La troisième remarque a trait à la sécrétion lactée. Cette sécrétion est due à un phénomène réflexe (sans qu'on sache exactement par quelle voie nerveuse il se produit). Ce phénomène n'est pas produit seulement par la sortie du fœtus, mais encore par celle du placenta.

On pourrait même affirmer, si tout se passait comme dans le cas particulier, que le réflexe provoquant la sécrétion du lait, est uniquement produit par l'expulsion placentaire.

Il sera en tout cas facile et intéressant de rechercher, dans d'autres observations, si tout retard d'expulsion du placenta retarde la montée laiteuse des seins.

REVUE ANGLAISE

Bland Sutton. — HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE POUR FIBROMES. (Soc. obst. de Londres, 3 nov. 1897. *Brit. med. J.*, 13 nov. 1897.)

Les récents perfectionnements apportés à l'hystérectomie abdominale ont eu de tels résultats dans le traitement des fibromes volumineux qu'il devient un devoir de l'indiquer aux malades, comme la laparotomie pour les kystes ovariques et de leur montrer que les dangers en sont d'autant moindres que l'opération est plus précoce. A l'appui de l'innocuité de cette opération dans les cas simples, il rapporte 28 observations. Lorsqu'il est possible et surtout lorsqu'il s'agit de femmes jeunes, au lieu de l'oophorectomie qui laisse l'utérus et la tumeur, il enlève l'utérus et laisse trompes et ovaires afin d'éluder les désagréments d'une ménopause trop brusque : il a procédé ainsi 14 fois et les résultats ont été parfaits.

Discussion : *Alban Doran*. Tandis qu'un kyste amènera toujours une issue fatale, bon nombre de fibromes restent stationnaires et indolents. Pour ceux qui sont un danger on doit supputer quelle est la meilleure opération à leur opposer. Pour lui, la méthode rétro-péritonéale reste la meilleure, surtout en cas de tumeur volumineuse et de col libre. Les artères sont alors faciles à lier et le mucus du col stérile. L'orateur n'est pas partisan de laisser les trompes qui sont rarement saines. Quant à la suture abdominale, il n'y a pas de méthode irréprochable ; les nombreuses communications faites à ce sujet au Congrès de Genève démontrent que, pour chaque auteur, la meilleure est celle qu'il emploie.

Playfair s'inscrit contre la conclusion exclusive à laquelle on est arrivé, que l'oophorectomie ne doit être faite dans aucun cas de fibrome. Son expérience lui permet d'affirmer, au contraire, que dans les cas appropriés, c'est l'opération de choix. Sans doute, il n'aura pas pour lui les jeunes écoles hystérectomistes qui enseignent que tout fibrome, même silencieux, requiert l'hystérectomie : il considère cette théorie comme dangereuse et insoutenable. La mortalité consécutive à l'oophorectomie est pour ainsi dire nulle et il serait absurde de la comparer, à ce point de vue, avec l'hystérectomie. Quant à la méthode du clamp elle est condamnée. Il préconise la suture en trois plans de l'incision pariétale.

Horrocks, dans une discussion antérieure, avait traité de barbare l'opération avec le serre-nœud et, bien que quelqu'un eût protesté contre cette qualification, l'opinion est aujourd'hui nettement défavorable à cette méthode. Dans un cas, où il l'avait employée, les souffrances furent telles qu'il fut obligé de faire une seconde opération et d'employer la méthode de Baer. Ce qui lui cause une vive surprise, c'est le grand nombre d'opérations faites par certains chirurgiens et il doute que toutes aient été justifiées : les fibromes sont, dans le plus fort des cas, des tumeurs inoffensives et ne sont pas comparables, à ce point de vue aux kystes. Si Sutton n'avait opéré que des cas sérieux, sa mortalité de 7 ou 8 % ne serait pas considérable. Pour lui, il a opéré 12 cas, mais graves, avec une mort par albuminurie et aucune de ses tumeurs n'était aussi petite que bon nombre de celles de Sutton. Il ne peut admettre l'équation de mortalité qu'on essaye d'établir avec l'ovariotomie, car une mortalité de 7 ou 8 °/ₒ dans ce cas, serait énorme aujourd'hui. Il approuve d'ailleurs la pratique de laisser les ovaires sains et considère l'oophorectomie comme une mutilation plus grande que l'hystérectomie.

Hubert Roberts regrette qu'on n'ait pas donné l'observation entière des malades, particulièrement au point de vue des symptômes qui ont déterminé l'opération. Il est en désaccord avec Sutton sur nombre de points, bon nombre de fibromes ne requièrent aucune intervention et on ne doit pas condamner aussi absolument le clamp.

Meredith diffère absolument d'avis avec Sutton relativement à l'opération précoce des fibromes, laquelle est justement recommandée pour les kystes ovariques. Ceux-ci aboutissent nécessairement à une issue fatale, tandis que le plus grand nombre des fibromes ne met pas la vie en danger et n'a pas besoin d'intervention chirurgicale. Il faudrait bien se persuader d'une vérité, c'est que la survie opératoire n'implique pas forcément la légitimité de l'opération.

La supériorité de la méthode employée par Sutton ne lui semble pas suffisamment établie par une statistique de 28 cas avec 2 morts. Pour lui, Meredith, il a eu 83 guérisons sur 90 opérées avec le serre-nœud, résultats que ne lui semblent pas avoir obtenu les partisans du traitement intra-péritonéal ; il reconnaît néanmoins les avantages de la convalescence plus courte, assurée par cette méthode, et cette considération la lui a fait adopter depuis six mois. Sutton affirme que l'oophorectomie a été entièrement supplantée par l'hystérectomie ; c'est cependant l'opération de choix dans un certain nombre de cas et sa mortalité est inférieure à 3 °/ₒ. Bon nombre de cas où le col est libre, guérissent facilement par n'importe quelle méthode d'hystérectomie, mais il faut que le chirurgien possède suffisamment toutes les techniques pour pouvoir adopter celle qui convient à chaque cas particulier.

William Duncan est d'accord avec Sutton en ce qui concerne la supériorité de l'hystérectomie abdominale sur la méthode de clamp : il a publié, il y a quelques mois, la relation de 18 cas avec une mort par embolie au 18e jour.

Avec Doran, il est d'avis de ne pas laisser les trompes, qui souvent contiennent du pus. Devant le succès de l'hystérectomie, il faut laisser dans l'oubli l'oophorectomie, même pour les petites tumeurs, car elle comporte encore une mortalité d'au moins 5 %.

Butler Smythe veut laisser à Sutton le temps de reconnaître les dangers que comporte la panhystérectomie : ceux-ci ne sont pas imaginaires, à ne signaler que celui de la section ou de la ligature des uretères. Il voudrait savoir aussi sur quels motifs, quels symptômes Sutton s'est basé pour se décider à ses opérations. Il estime, en effet, qu'il n'est pas 1 sur 20 des fibromes dont l'ablation soit nécessaire, même parmi les gros.

Griffith est partisan de l'hystérectomie abdominale, ne fût-ce qu'à cause de la bénignité de la convalescence comparée aux autres méthodes. L'énucléation, dans les cas convenables, est aussi une excellente opération et qui assure l'intégrité de l'appareil génital.

Heywood Smith a lu, en 1892, un travail sur l'hystérectomie sous-péritonéale qu'il proclamait supérieure à la méthode intra-péritonéale et qu'il appuyait d'observations personnelles et étrangères. Il est heureux de voir cette méthode mise en pratique, par de distingués opérateurs, à l'exclusion de l'oophorectomie, du serre-nœud et de la panhystérectomie.

Cullingworth a déjà exprimé son opinion l'année dernière devant la Société : il considère comme supérieure à la panhystérectomie la méthode dont on vient de parler ; il est d'avis qu'on laisse les annexes saines, et, chez la Femme comme chez l'Homme, qu'on respecte tout ce qui ne doit pas être rigoureusement enlevé.

Bland Sutton exprime son étonnement de la tournure prise par la discussion : il ne prévoyait pas que l'horrible clamp pût trouver un seul défenseur et n'hésite pas à prédire que, avant 5 ans, il ne se trouvera pas un seul opérateur qui ose l'employer.

En ce qui concerne la suture de la paroi, quelle que soit l'opération pratiquée, toute suture à un seul plan pourra céder et donner lieu à de l'éventration.

Herman.— PRURIT VULVAIRE. (Soc. Hunterienne, 10 nov. 1897. (*Brit. méd. J.*, 20 nov. 1897.)

Le prurit vulvaire, non rare, indépendamment des souffrances qu'il cause peut porter atteinte à la santé générale par l'insomnie qu'il entraîne. Les causes peuvent être rangées en 5 classes : 1° accidentelles : pediculi, saleté, vers, pessaire ; 2° maladie de la peau : eczéma, herpès, furoncles, dermatite folliculaire, urticaire, diabète ; 3° écoulements irritants : blennorragie, cancer, endométrite sénile ; 4° congestion veineuse en relation avec les maladies du cœur, des poumons ou du foie ; 5° nerveuses.

Pour la 1re catégorie, onguent mercuriel, propreté, changement de pessaire ; 2° l'eczéma s'observe surtout chez les F. grasses, d'un certain âge, pendant la grossesse, et peut être aussi d'origine parasitaire : il est fréquent dans le diabète. Dans le 1er cas, bains chauds additionnés de liqueur de Wright et poudrage à l'acide borique : dans le diabète, traitement général. L'herpes zoster résiste à tous moyens ; pour le prurit folliculaire, vider chaque follicule et lotionner au sublimé. Contre les écoulements irritants, douches vaginales calmantes et antiseptiques, poudres sédatives, borax, dermatol, solution au 1/7 d'acide phénique. Chez les gravides ou dans la congestion veineuse d'origine centrale, traite-

ment par les topiques sédatifs. Enfin le prurit nerveux est souvent symptomatique de dégénérescences nerveuses et le traitement échoue le plus souvent.

Lawson Tait : I. FIBROME CALCIFIÉ. (Ass. méd. Angl., 9 déc. 1897. *Brit. med. J.*, 25 déc. 1897.)

Fibrome calcifié, du volume d'une orange ; seul vestige d'un fibrome gros comme une tête d'adulte, pour lequel l'auteur avait fait la castration en 1889. Pendant 5 ans après cette première opération, la malade n'avait éprouvé aucun trouble et n'avait pas été réglé. Depuis 2 ans, diarrhée chronique et épreintes. A l'examen, masse extrêmement dure dans le Douglas, adhérente à l'utérus ; opération très laborieuse en raison des adhérences.

II. ABLATION DE L'UTÉRUS ET DE SES ANNEXES DANS UN CAS D'ÉPILEPSIE. — Les deux médecins traitants ayant admis que l'épilepsie — très grave — avait une origine périphérique et étant arrivés par exclusion à en localiser l'origine dans le bassin, L. Tait fut appelé à en faire l'exploration. Ayant constaté la présence d'un utérus infantile rétrodévié et fixé,il fut d'avis d'en faire l'ablation. Suites bonnes, mais il faut attendre la sanction du temps au point de vue curatif.

III. TUBERCULOSE DES TROMPES ET DES OVAIRES. — Lésions primitives chez une femme ayant eu, depuis 6 ans, du malaise augmenté par l'exercice, actuellement des douleurs plus vives et un amaigrissement progressif extrême. 1 grossesse avant le mariage, mais nulle depuis. Pas de maladie aiguë.

Annexes légèrement augmentées de volume, trompes distendues par du pus caséeux, kystes folliculaires remplis de la même matière sur les deux ovaires.

REVUE BELGE

C. Jacobs. — CONTRIBUTION AU TRAITEMENT CHIRURGICAL DU FIBROME UTÉRIN. (*Annales de l'Institut Sainte-Anne*, t. II, nº 1, 1898.)

Dans le cours de l'année 1896, sur 27 opérations de fibrome, j'ai obtenu 24 guérisons et 3 décès. Un seul de ces insuccès est imputable à l'opération, comme nous le verrons plus loin.

I. MYOMECTOMIE. — Personne de 52 ans, nullipare. S'est aperçue de l'existence d'une tumeur abdominale il y a deux ans. Ménopause à 48 ans. Tumeur pédiculée sur le fond de l'utérus ; celui est petit, mobile ; les annexes droites saines. La laparotomie permet l'extraction d'un fibrome *dégénéré*, pédiculé. Les annexes gauches sont adhérentes à la tumeur. La tumeur est sectionnée à la base du pédicule. Suture utérine et suture du ligament large. Guérison. L'opération est pratiquée le 2 janvier 1896. Nous avons été appelé auprès de la malade en décembre 1896. Alitée depuis quelques semaines, elle présente tous les signes d'une cachexie généralisée. La palpation abdominale nous fait croire à une récidive cancéreuse viscérale.

II. HYSTÉROTOMIE. — Personne de 24 ans, nullipare. Souffrante depuis huit ans ; symptômes de dysménorrée ; douleurs vives intermenstruelles localisées à la région suspubienne, ayant un caractère d'acuité tel que la malade réclame l'intervention. L'utérus est petit, en rétroversion, rien aux annexes. Dans la paroi utérine antérieure, on perçoit un noyau fibreux, très sensible, de la grosseur d'une noix. L'opération est faite par le vagin. Elytrotomie antérieure, incision du muscle utérin et extraction du corps fibreux par torsion. Cautérisation de la cavité. Guérison.

III. AMPUTATION SUS-VAGINALE. — Personne de 33 ans, nullipare. Menstruation régulière, abondante. Ténesme vésical depuis quelques mois. Parfois, pertes sanguines intermenstruelles ; le col est très allongé ; le corps se confond avec une vaste tumeur emplissant le petit bassin. Annexes impalpables. Cœliotomie le 12 février 1896. La tumeur est désenclavée, les annexes ligaturées ; le col, sectionné dans sa portion sus-vaginale, est suturé et recouvert de péritoine. Le soir même, hémorragie interne. La malade est remise sous le chloroforme : le col est enlevé par le vagin ; quelques heures plus tard, reprise de l'hémorragie, qui emporte la malade malgré nos soins et une troisième intervention.

Une des ligatures latérales du ligament avait cédé.

— 33 ans, nullipare. Mariage il y a sept mois. Dit avoir vu, dès ce moment, apparaître des hémorragies continues, très abondantes n'ayant cédé à aucun traitement. Rétention d'urine. Tumeur fibreuse énorme, emplissant le petit bassin et dépassant l'ombilic dans l'abdomen. Col de nullipare. Opération le 11 mars 1896. La tumeur est encastrée dans le petit bassin ; le basculement est rendu impossible, ce qui nécessite l'amputation sus-vaginale après morcellement partiel de la tumeur. Guérison.

— 55 ans, nullipare. Ménopause depuis trois ans. Depuis six mois, pertes sanguinolentes continues. Douleurs pelviennes et abdominales ; dépérissement. Cœliotomie. Un gros noyau fibreux est implanté près de la corne gauche de l'utérus. Ligatures et sections des annexes. Amputation sus-vaginale, nécessitée par l'atrophie et l'étroitesse extrême du vagin.

La muqueuse du corps utérin est envahie de tissu cancéreux jusqu'au muscle.

Opération le 21 mars 1896. Suites excellentes en janvier 1898.

— 34 ans, nullipare. Menstruation très abondante. Pertes sanguines intermenstruelles. Grosse tumeur fibreuse remontant à l'ombilic.

Cœliotomie ; tumeur à noyaux fibreux multiples sous-péritonéaux, sous-muqueux et interstitiels. Amputation sus-vaginale (*virgo intacta*) le 16 mars 1896. Guérison.

— 51 ans, nullipare. Ménopause depuis deux ans. Plusieurs gros noyaux fibreux interstitiels ; pertes sanguines profuses depuis quelques mois. Douleurs pelviennes intenses.

Cœliotomie. Amputation sus-vaginale (*virgo intacta*) le 24 mars 1896. Guérison.

Le fond de la cavité utérine présente des lésions avancées de dégénérescence cancéreuse.

— 48 ans, nullipare. Règles régulières, abondantes. Depuis quatre ans, tumeur abdominale dont le volume a fortement augmenté ces derniers mois. Tumeur irrégulière, bosselée, assez mobile. Troubles viscéraux intenses.

Cœliotomie. Amputation sus-vaginale (vagin très étroit) le 18 juillet 1896. Guérison.

IV. HYSTÉRECTOMIE VAGINALE SIMPLE, 3 CAS. — 51 ans, primipare. Quelques noyaux fibreux interstitiels ; annexite purulente bilatérale. Ménopause depuis deux ans.

Opération simple le 27 janvier 1896. Guérison.

— 38 ans, nullipare Nombreux noyaux fibreux interstitiels, utérus en rétroversion, peu mobile. Opération vaginale simple le 14 septembre 1896. L'étroitesse de la vulve nous oblige à pratiquer deux incisions latérales. Guérison.

— 53 ans, VIpare. Noyau fibreux de la paroi antérieure, emplissant la lumière de la cavité utérine. Ménopause à 47 ans.

Opération vaginale simple le 10 octobre 1897. Guérison.

V. HYSTÉRECTOMIE VAGINALE PAR MORCELLEMENT, 4 CAS. — 56 ans, primipare. En ménopause depuis huit ans. Troubles généraux et locaux occasionnés par un gros noyau fibreux utérin. Pertes sanguinolentes. Dépérissement.

Opération le 2 janvier 1896 ; morcellement vaginal. Guérison.

— 40 ans, nullipare. Noyaux fibreux multiples disséminés dans le muscle utérin ; pertes sanguinolentes abondantes ; troubles de compression.

Hystérectomie vaginale par morcellement le 14 février 1896. Guérison.

— 42 ans, primipare. Noyaux fibreux multiples interstitiels sous-muqueux et sous-péritonéaux. Anémie profonde, suite de métrorragies continues.

Hystérectomie vaginale par morcellement le 25 février 1896. Attaque de délirium tremens le jour même. Mort par épuisement le 26 février 1896.

— 56 ans, IVpare. Gros noyaux fibreux sous-péritonéaux de la paroi antérieure. Troubles vésicaux et intestinaux. Retentissement sur l'état général.

Hystérectomie vaginale par morcellement le 20 mai 1896. Guérison.

VI. HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE TOTALE, 12 CAS. — 36 ans, nullipare. Gros fibrome interstitiel à métrorragies.

Opération le 15 mai 1896. Guérison.

— 38 ans, IIpare. Mêmes lésions. Opérée le 18 mai 1896. Guérison.

— 50 ans, nullipare. Ménopause à 46 ans. Noyaux fibreux multiples très volumineux. Opération le 29 mai 1896. Guérison.

— 36 ans, nullipare. Noyaux fibreux multiples. Le morcellement vaginal est tenté, mais l'étroitesse du vagin et les difficultés d'abaissement de l'utérus font abandonner immédiatement la voie vaginale pour la voie abdominale.

Opération le 19 avril 1896. Guérison.

— 38 ans, IIpare. Mêmes lésions. Opération le 10 juillet 1896. Guérison.

— 53 ans, IIIpare. Mêmes lésions. Opération le 10 juillet 1896. Guérison.

— 36 ans, IIIpare. Mêmes lésions. Opération le 10 juillet 1896. Guérison.

— 41 ans, 0pare. Noyau fibreux unique très volumineux. Opération le 15 octobre 1896. Guérison.

— 40 ans. 0pare. Noyaux fibreux multiples. Opération le 4 novembre 1896. Guérison.



— 47 ans. Ipare. Mêmes lésions. Opération le 11 novembre 1896. Décès le 14 novembre à la suite de pneumonie double.

— 38 ans, 0pare. Mêmes lésions. Opération le 23 novembre 1896. Guérison.

En résumé, le premier décès est dû à une hémorragie post-opératoire.

Le second décès est survenu à la suite d'attaque de delirium tremens déterminée peut-être par l'épuisement opératoire.

Le troisième décès est imputable à une complication pulmonaire bilatérale survenue le jour même de l'opération.

OPÉRATIONS ABDOMINALES.

Elles sont au nombre de 26 ; 25 guérisons, 1 décès dû à une hémorragie cérébrale survenue brusquement le troisième jour.

L'âge des malades varie de 32 à 51 ans. Aucune d'elles n'était en ménopause lors de l'opération.

Dans 14 de ces cas nous eûmes à enlever des tumeurs très volumineuses, constituées par des noyaux fibreux multiples développés dans le muscle utérin.

10 cas ne présentaient que des noyaux fibreux de moyen volume.

2 cas d'énormes polypes sous-muqueux, faisant hernie dans la cavité utérine.

Sur les 26 cas, nous rencontrâmes 11 fois des altérations annexielles importantes : pyosalpinx, hématosalpinx, abcès de l'ovaire, presque toujours bilatéraux.

Enfin, nous signalons 1 cas qui nous avait été amené à cause d'une dysménorrée membraneuse des plus douloureuses. Ce n'est d'ailleurs pas le premier exemple de dysménorrée membraneuse que nous constatons coïncidant avec des noyaux fibreux.

Au point de vue du traitement opératoire, 14 fois nous avons pratiqué l'amputation supra-vaginale ; 12 fois l'extirpation totale ; dans 1 seul cas nous avons drainé pendant quelques jours par le vagin.

La dégénérescence cancéreuse n'atteint pas, à la dissection, l'orifice interne. Suites normales.

Nous signalerons dans nos opérations abdominales un cas très heureux de myomectomie pour fibrome avec grossesse chez une femme âgée de 42 ans, secondipare ; elle a eu dans ses dernières années quatre fausses couches.

Après ouverture des parois abdominales dans le Trendelenburg, je vis la matrice régulièrement développée, occupant la cavité abdominale au-dessus du détroit supérieur. Immédiatement au-dessous et remplissant l'excavation pelvienne un fibrome, régulier, dur, rattaché à la paroi postérieure par un large pédicule.

Après avoir amené au dehors le corps utérin, je sortis le fibrome, autant que possible, et pratiquai immédiatement la dissection du pédicule en me réservant de chaque côté un large lambeau péritonéo-musculaire. Peu d'hémorragie, malgré la largeur de la dissection.

La tumeur enlevée, je refermai la plaie par un surjet profond à la soie, puis par des points séparés, rapprochant les lèvres de la plaie, je terminai par un troisième plan séroso-séreux.

Les suites de l'opération furent apyrétiques ; aucune réaction ne se produisit du côté de l'utérus et cette malade est rentrée chez elle, la grossesse continuant normalement son évolution (1).

HYSTÉRECTOMIE PAR LA VOIE VAGINALE.

Notre pratique de ces deux années se résume de la façon suivante :

Hystérectomie vaginale.....	simple..............	5	0 décès.
	par morcellement....	5	1 décès.
Hystérectomie..		1	0 décès.
Hystérectomie abdominale..	sus-vaginale	20	2 décès.
	totale.................	24	
Myomectomie...		2	0 décès.

Soit 5.4 % de mortalité.

DÉGÉNÉRESCENCES DES FIBROMES.

La constatation des dégénérescences qui surviennent dans les tumeurs fibreuses de l'utérus a une importance très grande. Elles expliquent toutes les complications qui surviennent dans ces tumeurs qui passent si longtemps et si souvent inaperçues, elles apportent à la question du traitement opératoire sa légitimité basée sur les faits. Voici les dégénérescences que nous avons observées dans les cas cités plus haut :

Parmi les cas qui font l'objet de notre statistique, nous avons rencontré : 3 fois le cancer du col ;
1 fois — corps.

(1) Nous avons appris que l'accouchement s'est fait normalement à terme ; l'enfant n'a vécu que quelques jours.

Nous ne citerons que pour mémoire cinq cas de carcinose abdominale généralisée que nous avons constatée, sans opération, chez des personnes ayant dépassé le retour d'âge et portant des tumeurs fibreuses depuis de longues années.

La *dégénérescence sarcomateuse* est rare. Jusqu'à ce jour nous ne l'avons rencontrée que trois fois, dont une fois parmi les cas qui nous occupent.

En résumé, nous avons observé :

Calcification			11 cas.
Œdème			3 —
Suppuration			3 —
Dégénérescence	kystique		1 —
—	télangiectasique		1 —
—	sarcomateuse		1 —
—	carcinomateuse	corps.	1 —
		col...	3 —

Pour ce qui est de la dégénérescence cancéreuse, j'estime que, dans nombre de cas, il n'y a que simple coïncidence d'existence du fibrome et de la carcinose. Peut-être la tumeur utérine met-elle l'organe dans un status prédisposant à l'établissement de la dégénérescence maligne.

Nous sommes donc convaincus que la régression de ces tumeurs après la ménopause ne répond pas à la réalité des faits, pas plus d'ailleurs que la régression après l'opération de Battey, et nous sommes d'avis que tous les fibromes appellent le traitement chirurgical.

De ces tumeurs, quelles sont celles que nous attaquerons par le vagin et celles pour lesquelles nous choisirons la voie haute ?

Nous éliminerons avant tout, de cette question ainsi généralement envisagée, les fibromes sous-muqueux, les polypes, que l'on opérera soit par *incision*, soit par *torsion*, si leur volume n'est pas exagéré. Si ce volume ne permet pas d'employer ces moyens, on pourra recourir au *morcellement* de la tumeur ou à l'*hystérectomie*. Cette opération se fera en attaquant l'utérus par sa face antérieure, une incision médiane permettra d'arriver aisément au pédicule et d'enlever la tumeur ; on refermera le muscle utérin par quelques points de suture.

Dans certains cas de fibromes sous-péritonéaux, véritables polypes, on pourra recourir à des opérations semblables soit par le vagin (*colpotomies antérieure ou postérieure*, suivant la situation du noyau), soit par cœliotomie, sans devoir pratiquer l'ablation de la matrice.

Toutes ces opérations conservatrices sont relativement rares, la grosse majorité des tumeurs fibreuses demandant l'ablation totale à cause de leur volume, de leur situation, de la multiplicité de leurs noyaux, des altérations multiples qu'ils présentent.

Je ne veux en rien discuter ici la plus-value de la voie vaginale sur la voie abdominale, l'une et l'autre donnant aujourd'hui, entre les mains du *véritable chirurgien*, la même mortalité (1 à 2 %).

En principe, pour un opérateur rompu à l'hystérectomie vaginale, il est peu de tumeurs fibreuses qu'il ne puisse enlever par la voie vaginale. Mais le profit que peut retirer la malade de l'opération devant passer avant les prouesses du chirurgien, j'estime que la voie vaginale ne l'emporte sur la voie abdominale que lorsque l'opération doit faire courir à la malade moins de dangers immédiats. En d'autres termes, nous préférons la voie abdominale lorsque l'extirpation vaginale demande des manœuvres (morcellement, etc.) très longues. Nous laissons absolument de côté dans cette question la préférence des malades, qui penchera toujours vers la voie vaginale, à cause de la cicatrice abdominale. Cette manière d'envisager les indications de la voie vaginale nous a permis de pratiquer jusqu'à ce jour 52 extirpations, qui nous ont donné 49 succès.

De toutes les méthodes d'ablation de la masse utéro-annexielle par la voie abdominale, une seule semble jusqu'à présent, à première vue, invariable dans ses grandes lignes, quelles que soient les indications de l'opération : c'est la *méthode américaine*.

Les desiderata poursuivis sont : la rapidité d'exécution, la sécurité et la simplicité opératoires. Les nombreuses applications que j'ai faites de la méthode que j'expose brièvement plus loin me permettent d'avancer qu'elle se rapproche du but à atteindre plus peut-être que les deux excellentes méthodes américaine et de Doyen.

Je divise l'opération en deux temps : 1° l'ablation de la masse utéro-annexielle ; 2° la reconstitution intégrale du plancher pelvien.

L'exécution du premier temps se fait suivant les préceptes de Doyen, auxquels nous devons reconnaître une grande valeur ; c'est-à-dire que définitivement, dans cette opération, nous avons abandonné la forcipressure préventive et que nous n'appliquons de pinces hémostatiques que là où le sang coule *après incision*.

Ceci simplifie singulièrement l'appareil instrumental et le réduit, pour une hystérectomie abdominale, à quatre ou six petites pinces de Péan, une paire de ciseaux, quelques aiguilles et un porte-aiguilles.



L'abdomen ouvert par une incision sur la ligne médiane qui porte jusqu'au pubis, la malade est placée dans le Trendelenburg. La masse intestinale qui croule vers le diaphragme est immédiatement recouverte de compresses stérilisées, à seule fin d'isoler le champ opératoire. Si des adhérences retiennent l'intestin vers les annexes ou l'utérus, on s'occupera tout d'abord de les libérer.

La masse utéro-annexielle est alors attirée vers le pubis et inclinée soit à droite, soit à gauche. Il est évident que le basculement de l'utérus ne pourra se faire dans les cas d'annexite et même certains cas de fibrômes avec annexites qu'après libération complète des masses annexielles de leurs adhérences. Dans les cas de gros fibromes, la sortie de la tumeur est facilitée par l'emploi du tire-bouchon de Delagénière et de l'appareil de Reverdin. L'opérateur saisit la base du ligament large entre les doigts de la main gauche et incise le ligament en dehors des annexes jusqu'au delà du ligament rond. Deux petites pinces hémostatiques sont placées immédiatement : l'une sur l'artère utéro-ovarienne, l'autre sur le ligament rond. Ceci fait, la section du ligament est poursuivie jusqu'au niveau de l'orifice interne de l'utérus ; ce second coup de ciseaux incise l'artère utérine sur laquelle on place immédiatement une petite pince de Péan. Les mêmes manœuvres sont faites du côté opposé. Dès lors, toute la masse utéro-annexielle est libérée. Dans certains cas de fibromes, la vessie remonte parfois assez haut sur la face antérieure de l'utérus. Il suffit, pour la mettre à l'abri de toute blessure, d'inciser le péritoine au-dessus de ses limites et de la refouler au moyen du frottement d'une compresse de gaze stérilisée et sèche. Cette manœuvre n'est nécessaire qu'*exceptionnellement*. Elle se fera très rapidement si l'on opère avec des gants stérilisés. En général, les deux ligaments larges disséqués, je coupe immédiatement le col au niveau de l'orifice interne, transversalement. L'extraction de la masse utéro-annexielle demande, par ce procédé, cinq à dix minutes, après libération de toutes les adhérences. Comme on le voit, dans cette première phase, jamais je ne m'occupe de l'ablation du col. Les cas sont d'ailleurs nombreux dans lesquels le col utérin peut être abandonné sans dangers.

Y a-t-il indication de poursuivre l'ablation totale, je saisis la portion sus-vaginale au moyen de deux pinces à traction, l'une à droite, l'autre à gauche, et au moyen de quelques coups de ciseaux au ras du col, j'isole complètement les deux artères utérines ; je coupe, au cours de cette manœuvre, deux à trois ramuscules de l'utérine qui se rendent au col, sur lesquelles je place une petite pince hémostatique. Les artères utérines disséquées, je les isole au moyen du frottement répété d'une compresse sèche et, par le fait, je me mets *absolument* à l'abri d'une lésion possible des uretères.

Les pinces à traction attirant le col vers le haut, je m'assure de l'éloignement de la vessie. Puis, introduisant une des lames des ciseaux dans la lumière du col, je l'incise de haut en bas en deux ou trois coups. Cette incision m'ouvre immédiatement et inévitablement le vagin lorsqu'elle arrive à la portion vaginale. J'introduis l'index de la main gauche dans l'ouverture et je vais poursuivre l'incision de la muqueuse vaginale au niveau des insertions du col, en guidant les ciseaux sur l'index gauche. Le col est enlevé en quelques secondes, en son entier. On saisit immédiatement les parois vaginales au moyen de pinces à traction. L'incision du col peut se faire en avant ou en arrière, suivant le plus de facilités.

Au cours de la section du vagin, on peut rencontrer quelques artères vaginales dont on pincera les plus grosses, mais en général l'hémostase est suffisamment assurée par le surjet placé sur le vagin dans le dernier temps opératoire. Comme on le voit, toute cette partie de l'opération est d'une grande simplicité et peut être exécutée avec rapidité. J'ai coutume de placer un surjet sur la muqueuse vaginale de telle façon que les parois antérieure et postérieure se rejoignent en ectropion. Le vagin fermé, je m'occupe du temps le plus important de toute l'opération, la reconstitution du plancher pelvien.

Des ligatures sont placées à droite et à gauche sur l'artère ovarienne, le ligament rond, l'artère utérine.

Un surjet commençant à droite ou à gauche vient refermer le plus exactement possible les deux feuillets du ligament large ; j'immerge sous le péritoine les pédicules des trois ligatures, de chaque côté. Le surjet est poursuivi en affrontant séreuse à séreuse comme dans la suture de Lambert. Au niveau du vagin, je reprends le tissu cellulaire sous-vaginal dans chaque trait du surjet. Enfin, un troisième petit surjet de sûreté vient recouvrir d'une nouvelle suture séroso-séreuse le moignon vaginal, qui se trouve dès lors séparé de la cavité abdominale par une double suture, ce qui met absolument à l'abri de toute infection venant du dehors.

Si les indications veulent que le col soit laissé en place, — telles les opérations chez les nullipares, les *virgo intacta*, — je taille le col en biseau, je cautérise la muqueuse au thermocautère et je rapproche les lèvres par un second surjet.

Ce moignon de col est recouvert des lambeaux péritonéaux lorsque l'on place le surjet des ligaments, ce qui ramène à la terminaison décrite plus haut, c'est-à-dire à la disparition complète de toute surface cruentée du côté du pelvis.

Les ligatures placées sur les utérines, les artères des ligaments ronds et les ovariennes ne suffisent généralement pas à assurer l'hémostase absolue ; nous avons signalé les ramuscules artériel-les qui se rendent de l'utérine au col ; il est nécessaire de placer sur elles des ligatures. De même, dans l'extirpation totale on rencontrera souvent des artérioles importantes sur les tranches vaginales : on placera sur chacune d'elles une ligature isolée. L'hémorragie artérielle en nappe donnée par la section du vagin sera arrêtée par le premier surjet qui rapproche les parois du vagin.

J'ai l'habitude d'utiliser uniquement pour les ligatures et les surjets, du fil de soie noire stérilisée au formol, ou aux vapeurs d'alcool.

Si nous résumons les avantages que nous reconnaissons à ce manuel, nous dirons : simplicité, rapidité et sécurité d'exécution, absence de pédicule, protection absolue des uretères, facilité de la reconstitution parfaite du plancher péritonéal pelvien, enfin application à tous les cas.

Le procédé que nous venons de décrire, comme nous le disions plus haut, n'est pas un procédé personnel ; il dérive des autres techniques et appartient à cette grande classe de techniques dissemblables dans leurs détails, mais qui toutes se rallient à la marche générale : l'extirpation sans hémostase préalable.

Thiébaut. — DE L'EXAMEN DU SANG DANS LES TUMEURS FIBREUSES DE L'UTÉRUS. (*Annales de l'Institut Sainte-Anne*. T. II, n° 1, p. 898.)

Pour avoir des résultats comparatifs, nous avons fait nos prises de sang dans la même région (pulpe du doigt) et dans des conditions identiques, la veille de l'opération :

1° A l'aide du cromo-citomètre de Bizzozero, nous recherchons d'abord la quantité d'hémoglobine ;

2° Nous faisons ensuite la numération des globules rouges et des globules blancs avec l'appareil de Thoma-Zeiss.

Pour les globules rouges, nous faisons la dilution du sang dans la solution de chlorure sodique à 3 p. 100 et dans le rapport de 1 : 200.

Pour les globules blancs, nos dilutions dans la solution acétique sont de 1 : 20.

3° Nous faisons des préparations de sang sur lamelles, fixé par la chaleur sur une plaque métallique dont la température varie entre 65 et 70 degrés, et cela pendant une heure.

Ces préparations sont ensuite colorées par l'eosine à saturation dans la glycérine et, après lavage à l'eau, par l'hématoxyline.

Pour apprécier la quantité d'hémoglobine du sang de nos malades nous devons tenir compte des hémorragies accompagnant l'évolution des tumeurs fibreuses.

Chez les femmes n'accusant pas d'hémorragies menstruelles ou intermenstruelles, la richesse normale du sang en hémoglobine étant de 100, nous notons une diminution légère de la quantité d'hémoglobine. Par contre, chez celles ayant eu des métrorragies, nous observons une diminution parfois considérable de cet élément.

Le nombre des globules rouges, en prenant comme chiffre normal chez la femme, 4,900,000 par millimètre cube et tout en tenant compte de la difficulté de faire une numération précise, subit la même influence ; sensiblement normal chez les premières malades, il diminue chez les femmes anémiées par les hémorragies.

Le nombre de leucocytes, la normale étant de 6,000 à 8,000 par millimètre cube, subit une augmentation 14 fois sur 27 observations, soit 51,8 %.

Les caractères microscopiques des globules rouges subissent la même influence que l'hémoglobine.

Pour ce qui est des leucocytes, nous observons que les leucocytes polynucléaires sont de beaucoup les plus nombreux dans nos préparations ; les leucocytes mononucléaires, et les petits lymphocytes mononucléaires, sont en nombre beaucoup moins considérables et la proportion dans laquelle on rencontre ces trois éléments est sensiblement normale.

Si nous comparons maintenant les deux examens pratiqués à l'entrée et à la sortie des malades, la modification la plus constante est une diminution fréquente et parfois considérable du nombre des leucocytes. L'hémoglobine augmente dans le sang des malades fortement anémiées par les hémorragies, la diminution que l'on observe chez les autres s'explique par le fait de l'opération et de ses suites et par le séjour parfois prolongé des malades dans leur chambre.

Tout ouvrage dont il sera envoyé deux exemplaires sera annoncé et analysé s'il y a lieu.

R. PICHEVIN, *Directeur-Gérant*.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE DAIX FRÈRES.
Maison spéciale pour Journaux et Revues.



SOMMAIRE

CLINIQUE DE LARIBOISIÈRE

—

LEÇONS SUR LES MÉTRITES

—

INTRODUCTION GÉNÉRALE.

De la métrite gonococcienne.

Par Paul REYNIER, Professeur agrégé et Chirurgien de l'hôpital Lariboisière.

Messieurs, j'ai l'intention de commencer aujourd'hui l'étude des métrites, c'est-à-dire des inflammations de l'utérus, dont mon service peut vous fournir de si nombreuses observations.

Il s'agit là d'une étude pour ainsi dire nouvelle, et malgré la quantité considérable de travaux qui ont été faits sur les métrites, il faut remonter seulement à quelques années, si l'on veut avoir des notions vraiment exactes sur ces maladies, que, je ne crains pas de le dire, beaucoup de mes contemporains connaissent encore fort mal, s'en tenant encore aux travaux de maîtres fort réputés autrefois, tels qu'Aran, Bernutz, Courty, Gallard, Siredey.

En relisant aujourd'hui ces maîtres, je trouve en effet bien peu de chose utilisable pour ces leçons.

Je vous ferai profiter, au contraire, bien plus des travaux plus récents de M. Cornil, des thèses d'Achalme, de Du Bouchet, et de tous les bactériologistes qui, à l'étranger, tels que Bumm, Wertheim, Finger, Dœderlein, Krönig, Munde, Pryor, ont à la suite de Pasteur, et de ses élèves, repris la question en joignant l'étude bactériologique à l'étude clinique.

Qu'est-ce donc qu'une métrite ?

C'est, avons-nous dit, l'inflammation de l'utérus ; mais à l'heure actuelle toute inflammation éveille l'idée d'infection, c'est-à-dire d'un point de départ microbien.

Or, comment l'utérus peut-il être envahi par eux ?

Sa cavité vient s'ouvrir au fond du conduit vaginal, conduit en communication continuelle avec l'air, et qui, comme d'autres conduits, se trouvant dans les mêmes conditions, devient facilement le réceptacle de tous les Microbes.

La sepsie de ce conduit vous sera d'ailleurs démontrée par cette statistique, que je prends dans les travaux de Menge et Krönig.

Dans 40 % des cas on trouverait des Microbes pyogènes, Streptocoques, Staphylocoques, dans 25 des Saprophytes, microbes anaérobies ; 25 à 30 fois le Gonocoque, 2 fois le Bactérium coli, dont la présence dans le vagin est facilement expliqué par le voisinage du rectum.

Tous ces Microbes peuvent exister dans le vagin sans causer de grands dommages, à la condition, toutefois, qu'il n'y ait pas d'écorchure, de porte d'entrée, qui leur permette de pénétrer plus avant dans les tissus.

Le vagin est même un mauvais milieu de culture pour un certain nombre de microorganismes.

Les travaux de Bumm, de Dœderlein, de Krönig ont montré que la sécrétion vaginale jouit de propriétés bactéricides assez manifeste. Pour démontrer ce pouvoir bactéricide, Krönig n'a pas craint de déposer à l'entrée du vagin sain des cultures de Streptocoque, de Staphylocoque, de Microbe pyocyanique, et il a vu tous ces Microbes disparaître au bout de vingt-quatre heures. Bien entendu, pour que cette contagion n'entraîne aucune suite, il faut qu'il n'y ait pas d'inoculation sur un point excorié, ou que la quantité de culture ne soit pas trop considérable, car la quantité de virus dépasserait la c[...] de sécrétion bactéricide.

Normalement les organes génitaux de la Femme [...] dent donc contre les Microorganismes, causes des in[...]

Dans quelles conditions peut donc se faire cette inv[...]

Ces conditions, qui favorisent l'invasion, en empêch[...] défense naturelle de produire ses effets, sont toutes partic[u]lières.

Ce sont d'abord les traumatismes de toute nature, parmi lesquels, en première ligne, se trouve le coït, puis viennent ensuite les traumatismes chirurgicaux, sur lesquels nous aurons souvent à revenir.

La congestion menstruelle déterminant sur certains points des modifications dans le revêtement épithélial des organes génitaux, activant la circulation et, par suite, les phénomènes d'absorption, joue encore dans la genèse des infections un rôle important. C'est ainsi que, presque toujours, vous verrez les femmes faire ressortir le début de leurs accidents à une époque menstruelle.

La puerpéralité enfin constitue une condition très favorable à l'infection, par le fait des déchirures, des chutes de l'épithélium, de l'état congestif, des dilatations vasculaires qui se produisent au moment de l'accouchement. De toute part, à ce moment, s'ouvrent des portes pour l'entrée de tout Microbe qui erre dans les parages.

A côté de ces causes qui président à la genèse de toute infection microbienne, nous devons placer celles qui, préparant le milieu, vont donner à ces infections certains caractères de malignité plus accentuée, de durée plus prolongée. Je veux parler de l'état général, de certains états diathésiques, dont l'importance a été bien mise en lumière par Martineau. Mais à la suite de la puerpéralité, s'infectera plus facilement une Femme qui a été affaiblie par de grandes pertes de sang, par une grossesse pénible, pendant laquelle elle s'est mal nourrie.

Les maladies antérieures, la syphilis, les excès de toute nature, l'alcoolisme ici, comme ailleurs, prépareront des terrains éminemment aptes à s'infecter facilement.

Le diabète, l'arthritisme, la scrofule, le lymphatisme agiront de même, et l'infection qui se développera sur de pareils terrains, trouvera les éléments nécessaires pour sa durée.

J'insiste sur ce point, que je mettrai souvent en lumière dans ces leçons, pour vous faire voir que le clinicien, dans sa thérapeutique, tout en tenant compte de l'élément microbien, ne doit pas voir que lui, comme on est trop disposé à le faire à l'heure actuelle. Il doit, tout en combattant les Microorganismes, chercher toujours à modifier le terrain sur lequel ils évoluent.

Si nous avons donc à distinguer des métrites suivant le microbe qui est en jeu, métrite streptococcienne, gonococcienne, staphylococcienne, tuberculeuse, etc., nous aurons également à les distinguer suivant le terrain, métrite goutteuse, scrofuleuse, diabétique, etc.

Une autre distinction importante sera faite d'après le siège anatomique de la lésion.

L'utérus se trouve divisé en deux régions, le corps et le col, séparés anatomiquement l'une de l'autre, et qui peuvent être pathologiquement séparables. Telle infection pourra se cantonner exclusivement dans le col, telle autre dans le corps, et nous aurons des symptômes spéciaux, qui nous révéleront cette localisation et qui justifieront ce diagnostic de métrite du corps, métrite du col.

L'anatomie nous explique d'ailleurs ces localisations en même temps que les particularités qui distinguent les métrites du col de celles du corps.

Le col forme un détroit, renflé en son milieu.

L'orifice inférieur de ce détroit est béant du côté du vagin, offrant aux microbes une porte toujours ouverte.

L'orifice supérieur utérin, chez la Femme qui n'est pas accouchée, ne présente pas cette béance ; les muqueuses à ce niveau sont accolées ; les deux saillies médianes qu'on désigne sous le nom d'arbres de vie, et qui se voient sur la face antérieure et face postérieure du col, s'emboîtant comme l'a montré Guyon, obturent cet orifice, ne laissant passer que le sang qui vient de l'utérus, et qui, obéissant aux lois de la pesanteur, par les contractions utérines, force au moment des règles le léger obstacle, que cet arbre de vie oppose ; mais du pus se for-

.ans le col, ne venant pas de l'utérus, aura plus de ten-.. à s'écouler par l'orifice inférieur béant, que de forcer .té barrière pour remonter dans le corps de l'utérus.

Chez la Femme, qui est accouchée, l'orifice supérieur du col étant plus largement ouvert, l'infection se propagera plus facilement de la cavité du col dans celle du corps.

La structure de ces deux segments de l'utérus nous explique encore d'autres symptômes.

Le col est revêtu d'un épithélium pavimenteux dans son 1/3 inférieur, cylindrique dans ses deux tiers supérieurs. Il possède des glandes en grappe, dont la sécrétion est visqueuse, adhérente, et dont les orifices excréteurs peuvent se fermer. Les acini se transforment alors en kystes, qu'on a désignés sous le nom d'œufs de Naboth, assez fréquents dans les métrites du col.

Le corps, au contraire, a un épithélium cylindrique à cils vibratiles, des glandes en tube, dont la sécrétion n'offre pas le caractère visqueux des glandes du col.

Lorsque vous voyez donc ce catarrhe gluant, adhérent, qui s'écoule par l'orifice externe, vous avez là un indice de l'inflammation du col, qui, se propageant aux glandes, augmente leur sécrétion.

Une classification encore a été faite suivant l'étendue en profondeur des lésions.

L'inflammation peut rester limitée aux couches superficielles de la muqueuse : on a l'endométrite ; ou bien elle gagne le tissu sous-muqueux, et les couches musculaires, on a alors la métrite parenchymateuse.

Franchit-elle les limites des tissus utérins, et s'étend-elle aux tissus péri-utérins, péritoine ou tissu cellulaire, on se trouve en présence de la paramétrite.

Nous aurons fini avec ces considérations générales sur les métrites, en faisant voir la continuité de la muqueuse utérine avec la muqueuse des trompes, continuité qui explique la propagation si facile de toute inflammation utérine aux annexes.

Métrite gonococcienne.

Après avoir esquissé les conditions générales du développement des métrites, étudions maintenant la métrite gonococcienne, l'infection la plus fréquente que nous ayons à soigner chez la Femme.

De cette fréquence vous pouvez vous en rendre compte par cette statistique de Nöggerath, qui prétend que 80 % des femmes en sont atteintes.

Finger, il est vrai, abaisse cette proportion de Femmes contaminées par le Gonocoque à 20 %. Si j'en juge par mes observations personnelles, Nöggerath, tout au moins pour la clientèle hospitalière, est plus près de la vérité.

Les différences dans les statistiques peuvent d'ailleurs s'expliquer par les difficultés qu'on éprouve à déceler quelquefois la présence du Gonocoque.

Certes, on en fait le diagnostic immédiatement quand il s'agit d'infection en pleine acuité : l'urèthre, le vagin pleins de pus, ne vous permettent pas d'hésiter. Mais quand l'infection date de longtemps, alors que la vaginite a disparu, lorsqu'il n'existe plus qu'un peu de sécrétion catarrhale du col, sécrétion quelquefois presque transparente, bien des médecins ne peuvent se prononcer par un simple examen. Il faut le concours du microscope, des cultures, pour arriver à démontrer que ce catarrhe relève encore du Gonocoque et que ces Femmes doivent rentrer dans la statistique des blennorhagiques.

Cette mèche catarrhale, qui sort du col, est à la femme ce que la goutte militaire est à l'homme. De même que chez celui-ci, le gonocoque en est la cause. Le microbe à ce moment est peu virulent et peu infectant. Mais il peut, ainsi que Wertheim, Pryor et beaucoup d'autres l'ont montré, sous l'influence de fatigues, de l'excitation causée par le coït trop répété, redevenir virulent et infectant.

Il est donc très important de bien connaître ces faits. Les statistiques suivantes, qui montrent où se fait la localisation du Gonocoque, même quand toute apparence d'infection a disparu, sont particulièrement intéressantes.

Pryor, sur 197 prostituées, chez lesquelles tout écoulement avait disparu, trouve le gonocoque 31 fois dans la mèche muco-purulente du col utérin, 113 fois dans l'urèthre, sans autre localisation.

Neisser trouve dans les mêmes conditions 112 fois le Gonocoque dans l'urèthre, 2 fois dans le vagin, 41 fois dans le col.

D'après ces recherches, nous voyons que le Gonocoque tend à rester dans l'urèthre et dans le col utérin, et fort peu dans le vagin, contrairement à ce qu'on croyait autrefois.

Comme l'ont montré les recherches de Bumm, Wertheim et Nöggerath, l'épithélium pavimenteux du vagin offre une barrière plus résistante au Microorganisme que l'épithélium cylindrique de l'urèthre et du col. Les vaginites qu'on voit dans l'infection gonococcique, sont bien plutôt dues à l'irritation des parois vaginales, par les sécrétions morbides venant de l'utérus, qu'à une infection directe du vagin par le Gonocoque.

Aussi est-ce la vaginite, qui cède le plus rapidement au traitement, tandis que l'uréthrite et la cervicite persistent pendant de longues années, au grand désespoir des chirurgiens.

Nous voyons donc que le col est, après l'urèthre, la localisation la plus fréquente du Gonocoque.

Le Gonocoque pénètre dans les cellules épithéliales, et tend à y rester, l'infection tendant à se propager par la voie de la muqueuse.

Dans l'infection blennorragique, on a donc une endométrite du col.

Chez la Femme qui n'a pas accouché, cette endométrite cervicale n'a en général pas beaucoup de tendance à gagner le corps.

Le Gonocoque prend son siège dans la cavité du col, comme il prend son siège chez l'Homme dans l'urèthre antérieur. Ce que nous avons dit plus haut de la fermeture relative de l'orifice interne du col peut donner l'explication de cette localisation.

Toutefois, soit par la virulence de l'infection, soit par le fait d'un instrument introduit intempestivement, la propagation peut se faire à la muqueuse du corps ; et une endométrite du corps peut être la conséquence d'une infection gonococcienne.

Suivant toujours la voie de la muqueuse, le Gonocoque peut enfin venir infecter les trompes, d'où des salpingites, complication fréquente des endométrites gonococciennes. Il peut même se propager au péritoine, d'où la péritonite, complication de l'infection, plus fréquente chez la Femme que chez l'homme.

Mais, je le répète, le cas le plus fréquent chez la Femme qui n'a pas accouché est la localisation dans le col.

Chez la Femme qui est accouchée, il n'en est plus de même : la cavité du col communiquant plus librement avec celle du corps, l'endométrite du corps devient plus fréquente.

Elle deviendra bien plus fréquente encore à la suite de l'accouchement, de l'avortement qui offre au Gonocoque un terrain de culture intra-utérin favorable, sur lequel il se précipite.

Nous venons de dire que le Gonocoque tend surtout à se propager par la muqueuse. Ne peut-il se propager encore par les lymphatiques, et, quittant la muqueuse, pénétrer plus avant dans le tissu utérin, et par la voie des lymphatiques, se propager au tissu cellulaire péri-utérin, pour occasionner des paramétrites.

Bumm, et à sa suite un certain nombre d'auteurs, ont nié la possibilité de cette propagation. Qu'elle ne soit pas la règle, soit, mais on ne saurait s'élever contre d'une façon affirmative.

Madlener, sur des coupes, a trouvé le Gonocoque dans l'épaisseur du tissu utérin, dans les lymphatiques.

La clinique démontre également la probabilité dans quelques cas de cette voie de propagation.

Chez l'Homme, ne voyons-nous pas des abcès périuréthraux se former dans l'uréthrite, abcès qui ne s'expliquent que par une lymphangite gonococcienne. Chez un malade, dans un abcès de cette nature, l'examen bactériologique m'a démontré la présence du Gonocoque.

D'ailleurs, comment expliquer ces infections à distance, les arthrites, les endocardites, dans lesquelles on retrouve la présence du Gonocoque, si on n'admet pas que la voie lymphatique et sanguine peut être dans ces cas incriminée ?

Comment arrivons-nous maintenant à établir cliniquement le diagnostic de la métrite blennorragique ?

Facile à faire chez la Femme nullipare, il devient très difficile chez la Femme qui a accouché.

Chez la première, au contraire, comme le fait remarquer Appert, dans un excellent article, paru dans la *Semaine Gynécologique* (1896), l'endométrite gonococcienne a un aspect caractéristique.

Chez la Femme, qui n'a pas accouché, l'infection le plus souvent reste limitée au col, comme elle reste limitée chez l'Homme à l'urèthre antérieur.

Je vous ai fait observer un cas de métrite du col au début de la leçon, en examinant une jeune Femme entrée de puis plus d'un mois dans mon service. Au début elle avait de l'uréthrite et de la vaginite, qui ne laissent aucun doute sur le diagnostic. Aujourd'hui elle a de la métrite du col.

Or, que constatons-nous?

Cette Femme ne se plaint pas de grandes douleurs ; tout au plus de pesanteur abdominale.

Le toucher est peu douloureux. Il nous fait reconnaître un col petit, à orifice normal, non déchiré. Les culs-de-sac sont profonds, pas douloureux. L'utérus est mobile. Il est petit.

Au spéculum nous voyons un col dont la muqueuse n'est pas ulcérée, l'orifice externe est étroit, les bords sont rouges, et rappellent les bords du méat d'un urèthre masculin atteint de blennorragie.

Par cet orifice sort une mèche muco-purulente visqueuse, très adhérente, que le tampon ne peut enlever, ni détacher.

Dans cette mèche, si nous en avions eu besoin pour notre diagnostic, le microscope nous aurait fait reconnaître le Gonocoque.

Comme ce col est donc différent de celui d'une Femme atteinte de métrite puerpérale, dont le col est gros, bosselé, ulcéré, saignant, ayant un orifice entr'ouvert, les bords en ectropion, ou ayant ces kystes saillants dus à la dégénérescence sclérokystique des glandes. Ce gros col, d'ailleurs, dans les lésions puerpérales, accompagne un utérus gros, volumineux, mou, plus ou moins en subinvolution, contrastant avec l'utérus petit, qu'on trouve dans l'infection blennorragique.

Un autre signe distinctif, que je ne vous engage pas à rechercher vous serait fourni par l'examen à l'hystéromètre. Pénétrant facilement chez la Femme qui a eu des enfants, il est arrêté dans la métrite blennorragique du col, par la fermeture de l'orifice interne. Mais cette exploration est dangereuse ; car cet examen peut faire inoculer la cavité du corps.

La mèche qui sort du col est, à l'heure actuelle, chez ma malade, purulente; elle va perdre ce caractère dans quelque temps; elle prendra de plus en plus l'aspect d'une sécrétion catarrhale vulgaire. A un certain moment il pourra ne sortir qu'un liquide un peu filant, d'aspect bien honnête. A ce moment le diagnostic de la métrite du col ne peut plus se faire que par la bactériologie. En laissant un tampon d'ouate en contact avec le col, vous pourrez recueillir cette sécrétion, l'examiner au microscope, et constater encore le Gonocoque.

D'ailleurs, sous l'influence des fatigues, du coït, des libations, cette sécrétion catarrhale peut reprendre ses caractères de virulence. Cet écoulement du col peut donc à cette époque être comparé à la goutte militaire de l'Homme, qui, sous l'influence de fatigues, peut redonner naissance à une véritable blennorragie.

Tels sont les caractères de la cervicite blennorragique, la localisation la plus fréquente de la blennorragie, chez la Femme qui n'a pas accouché.

Cependant, l'infection peut se propager au corps.

La métrite du corps s'annonce par les phénomènes généraux, qui entrent en scène, nausées, vomissements, douleurs lombaires, douleurs abdominales.

Le toucher, l'examen au spéculum deviennent douloureux.

L'utérus perd de sa mobilité, sa pression réveille des douleurs. Le toucher fait constater souvent de la paramétrite; dans ce cas, les culs-de-sac s'effacent ; ou de la salpingite, complication rapide de l'endométrite du corps.

Au spéculum, on trouve l'écoulement modifié ; il est plus liquide, plus purulent, plus abondant. Le col a conservé toutefois toujours le même aspect. Les règles, dans l'infection blennorrhagique, sont plus abondantes, elles avancent, se prolongent. Elles peuvent prendre le caractère de ménorragie ; et elles offrent, comme le fait remarquer Appe[illegible] culier, qu'elles résistent le plus souvent aux cu[illegible]

Tels sont les symptômes de la blennorragie uté[illegible] Femme nullipare.

Mais chez celles qui ont accouché, le Gonocoque se g[illegible] sur les lésions de la puerpéralité, le diagnostic devient [illegible] difficile.

On n'a plus ces cols petits, mais des utérus de métrite puerpérale, sur lesquels s'est greffée l'infection blennorragique. La bactériologie devient dans ce cas d'un secours puissant. C'est elle qui, en décelant le Gonocoque, fera faire le diagnostic.

Autant chez la nullipare l'infection avait de la tendance à se localiser, et à rester localisée dans le col, autant chez la Femme qui a accouché, elle tend à se généraliser à tout l'utérus. La métrite du corps devient dans ce cas presque la règle, celle limitée au col l'exception. La béance de l'orifice interne du col, après l'accouchement, donne l'explication de cette propagation facile.

L'infection gonococcienne reste, dans ces cas, rarement isolée ; comme l'étudiait du Bouchet dans sa thèse de 1897, il se fait souvent des associations microbiennes, qui modifient la marche et la symptomatologie des accidents.

Ne serait-ce qu'à cause de sa durée, le pronostic de la blennorragie utérine serait déjà très sérieux. Mais les salpingites, qui succèdent si souvent à la métrite gonococcienne, ces paramétrites dont nous avons parlé, ce terrain que le Gonocoque prépare à toute infection ultérieure, justifient davantage encore ce que je viens de dire.

Chez la Femme qui n'a pas eu d'enfants, l'infection blennorragique, par le fait de toutes ses conséquences, est encore cause de la stérilité.

Sur 80 Femmes infectées par le Gonocoque, Nöggerath en compte 50 de stériles ; et tous les auteurs sont unanimes à conclure que chez la Femme la blennorragie est la cause la plus commune de la stérilité. J'arrive maintenant au traitement.

Un premier fait doit être mis en lumière, la résistance du Gonocoque à tous les traitements antiseptiques. On en trouverait une preuve dans la multiplicité des traitements, tour à tour vantés et décriés. C'est ainsi que vous nous voyez ici, sans savoir encore bien exactement ce qui agit le mieux, traiter les vaginites avec les injections de sublimé, de permanganate de potasse, ou les attouchements de teinture d'iode, de nitrate d'argent.

Mais dans ce traitement, en plus de l'action antiseptique, on doit tenir compte de la thermalité de l'injection, le Gonocoque ne résistant pas aux températures au-dessus de 45° ; de l'action mécanique, qui enlève les produits sécrétés, au fur et à mesure qu'ils se produisent, des pansements qui écartent l'une de l'autre les parois vaginales, et les assèchent.

D'ailleurs Finger a montré que des solutions aqueuses de permanganate de potasse, d'acide phénique, de sublimé, de nitrate d'argent, agissant pendant 2 minutes sur la surface d'une culture de virulence éprouvée étaient impuissantes à stériliser ces cultures ; et ces expériences confirment ce que nos observations nous montraient.

D'après toujours Finger, Steinschneider et Schœffer, de tous ces antiseptiques, ceux qui auraient le plus d'action sont les sels d'argent ; l'ichtyol viendrait après.

Là encore l'observation clinique vient à l'appui des expériences de laboratoire.

Voici bien longtemps que je vous montre tous les services que peut nous rendre dans le traitement des métrites le nitrate d'argent.

Que de fois vous m'avez vu, en désespoir de cause, la suppuration continuant, avoir recours au vieux traitement de Courty, l'introduction d'un crayon de nitrate d'argent que je laisse à demeure dans l'utérus. Rappelez-vous cette malade que j'ai eue au commencement de l'année atteinte de métrite blennorragique du corps, chez laquelle le curettage, les injections intra-utérines, avaient été pendant deux mois inutilement pratiquées, et que nous parvînmes à guérir par ce traitement.

C'est encore aux sels d'argent que j'ai recours quand je demande à mon ami le Dr Boisseau du Rocher, de faire l'électrolyse à l'argent, qui, dans certaines métrites anciennes, m'a paru amener la guérison, assez rapidement.

réconise encore, dans les métrites blennorragiques du ..., après dilatation préalable, le tamponnement de l'utérus vec des tampons de ouate imbibés d'une solution de nitrate d'argent à 1/50.

Toutefois, ce traitement n'est appliqué qu'après diagnostic fait.

Vous ne devez, en effet, jamais perdre de vue, en face d'une Femme atteinte d'infection gonococcienne utérine, que souvent la métrite reste limitée au col, et que le corps peut échapper à l'infection. Cette notion vous amène à ne jamais commencer un traitement, sans avoir fait le diagnostic de la localisation.

Tant que vous ne serez pas certain de l'existence d'une métrite du corps, vous éviterez de vous servir de tiges de laminaire, d'hystéromètre, qui peuvent être les agents de la propagation de l'infection, je ne saurais trop insister sur cette notion. Que de fois ai-je vu des hystéromètres ou des tiges de laminaires introduites intempestivement être le point de départ d'accidents fébriles, de douleurs, de vomissements, symptomatiques du début de la métrite du corps.

Aussi je conseille de traiter la métrite du col par les tampons glycérinés aux substances antiseptiques, qui, faisant sécréter les glandes du col, rendent la sécrétion morbide, moins visqueuse, moins adhérente, et s'écoulant mieux en dehors.

Les injections chaudes décongestionnant l'utérus, enlevant les produits sécrétés, et ne les laissant pas séjourner dans le vagin, aideront puissamment à la guérison.

Si elle tarde, alors j'aurai recours aux attouchements avec la solution de nitrate d'argent, ou avec le crayon, en ayant le soin toutefois de ne faire porter son action que sur le col. Malheureusement, bien des cervicites résistent encore à tous ces moyens. Vous devez alors avoir recours à une opération rationnelle, que M. Bouilly a défendue avec raison. Le Gonocoque siégeant surtout dans la muqueuse, si vous voulez le détruire, détruisez cette muqueuse. Vous le ferez en pratiquant l'opération de Schröder. Les guérisons ainsi obtenues de cervicites blennorragiques, qui avaient résisté à tous les traitements, justifient amplement cette opération.

Vous avez peut-être été surpris que dans tout ce que je viens de dire, j'ai peu fait allusion à un traitement bien en vogue, qui pour quelques-uns est à l'heure actuelle la panacée universelle de toute métrite ; je veux parler du curettage.

Dans l'infection blennorragique type, non greffée sur des lésions puerpérales, que le curettage peut traiter avec succès, ce grattage de l'utérus est aussi irrationnel, que le serait le curettage d'un urèthre atteint de blennorragie.

Dans la cervicite, il n'a aucune raison d'être, et devient, si on le pratique intempestivement, très dangereux en créant, au-dessus des points infectés, une plaie sur laquelle le Gonocoque se précipite.

Dans la métrite du corps, jamais l'écoulement n'a été arrêté par lui. Les hémorragies elles-mêmes, qui tiennent à l'infection blennorragique, comme l'a fait remarquer Appert, résistent au curettage. La curette rapporte en effet des lambeaux de muqueuse, qui montrent que dans l'infection blennorragique l'endomètre n'est pas épaissi, et ne présente pas les lésions habituelles de la métrite fongueuse.

Si le curettage dans ces cas est inefficace, ce que j'affirme avec nombreuses observations à l'appui, par contre, il ouvre de larges voies à l'absorption, et favorise la pénétration des Gonocoques dans la profondeur.

Aussi, à la suite du curettage pour métrite blennorragique voit-on souvent le deuxième jour, comme le fait encore remarquer avec raison Appert, apparaître des douleurs abdominales, des vomissements, des phénomènes de péritonisme. Quelquefois les accidents devenant plus graves, on peut voir survenir des poussées de pelvi-péritoine, ou des phlegmons périutérins. On a signalé encore, à la suite de curettage dans la blennorragie, la manifestation d'accidents à distance, tels que des arthrites.

En présence d'une infection gonococcienne, soyez donc très réservé de tout curettage, et traitez plutôt votre malade comme je vous l'ai dit par le repos, les tamponnements antiseptiques aux solutions d'argent de préférence.

Le repos, et les injections vaginales chaudes, antiseptiques, au début, dans la période aiguë de l'infection, sont les seules choses à préconiser.

En un mot, traitez la blennorragie de la Femme comme vous traitez celle de l'Homme.

REVUE FRANÇAISE

Mauclaire et **Cottet**. — VOLUMINEUX UTÉRUS FIBROMATEUX. (Société anatomique, 11 mars 1898. *Presse médicale*, 12 mars 1898.)

MM. Mauclaire et Cottet présentent un utérus fibromateux, pesant 1 kil. 700, enlevé par M. Mauclaire, qui a fait une hystérectomie abdominale totale. La malade a guéri, sans aucun incident dans les suites opératoires, bien qu'elle fût albuminurique et cardiaque. L'examen histologique fait par M. Pilliet a montré que le fibrome était en voie de dégénérescence sarcomateuse.

Mauclaire et **Cottet**. — KYSTE DE L'OVAIRE A PÉDICULE TORDU. (Société anatomique, 11 mars 1898. *Presse médicale*, 12 mars 1898.)

MM. Mauclaire et Cottet présentent un kyste uniloculaire de l'ovaire droit avec torsion du pédicule diagnostiqué. M. Mauclaire enlève la tumeur par la voie abdominale. Il y avait des phénomènes hémorragiques et des adhérences nombreuses de la paroi du kyste déterminés par la torsion du pédicule, qui datait vraisemblablement de quinze jours, d'après l'histoire clinique de la malade.

M. de Bovis. — CORPS ÉTRANGER DE L'UTÉRUS (PESSAIRE) DATANT DE QUINZE ANS. INTERVENTION, GUÉRISON. (*Union médicale du Nord-Est*, 15 mars 1898.)

Une femme de 76 ans présentait déjà depuis de longues années de la leucorrée. Ces derniers temps, cet écoulement était devenu tellement fétide, que le premier médecin qui la vit, en raison de son âge et de son état de décrépitude, crut à un cancer utérin. M. le Dr Guillaume, qui l'adressa à la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, n'eut pas de peine, cependant, à rectifier le diagnostic.

A son entrée, voici, en effet, ce que l'on constatait. De la vulve s'écoulait un liquide purulent, un peu roussâtre, d'odeur repoussante. Dans le vagin se trouvait une tige métallique, incrustée de sels calcaires, friables, et que l'on pouvait suivre jusqu'au col utérin. Celui-ci était un peu dilaté, mais il était difficile d'y pénétrer, grâce à la tige qui en obstruait l'orifice. La portion vaginale du col, très effacée, n'existait pour ainsi dire pas. Le tissu utérin était ferme. Le corps de l'utérus, un peu gros, affleurait le pubis.

La palpation du ventre n'éveillait de douleurs qu'au niveau du fond de l'utérus. Elles n'étaient d'ailleurs que peu marquées.

La malade n'avait pas de fièvre, et son état général était beaucoup plus le fait de la sénilité que du corps étranger.

Elle racontait que, quinze ans auparavant, elle s'était fait appliquer un pessaire par un bandagiste, pour remédier à une descente de matrice. Depuis ce temps, elle ne l'avait jamais retiré.

Le jour même et le surlendemain de son entrée à la clinique, notre maître, M. le Pr Decès, puis nous-même, faisons deux tentatives d'extraction, mais sans résultat.

A la seconde, grâce à la dilatation du col, obtenue par le coincement de notre index entre lui et la tige, nous pouvons nous rendre un compte exact de l'état des parties. A deux centimètres au-dessus du museau de tanche, le doigt heurta une surface métallique plane, fixée comme une tête de champignon sur la tige qui existait dans le vagin. Entre les bords arrondis de ce plateau métallique et le tissu utérin qui les enserre vigoureusement, il est impossible de passer ni doigt, ni instrument, ni tige de laminaire ; quant aux tractions, elles sont impuissantes à changer même les rapports du corps étranger. On ne peut lui imprimer que des mouvements de rotation sur place.

Nous recourons alors à la petite intervention suivante : incision transversale du cul-de-sac antérieur, presque au ras du museau de tanche, en raison de son effacement. Décollement de la vessie jusqu'à ce que le doigt arrive à sentir, à travers la paroi utérine, le relief du corps étranger : nous arrêtons le décollement un peu au-dessus de lui. Avec les ciseaux, nous sectionnons sur la ligne médiane le col utérin, puis le corps, jusqu'au niveau et un peu au-dessus du corps étranger. La traction, aidée d'un léger mouvement de bascule, permet alors facilement d'amener le pessaire.

Ce pessaire était en étain ; il était formé d'une tige longue de 68 millimètres, portant un plateau circulaire mesurant 118 millimètres de tour ou 38 millimètres de diamètre. Il était percé de trous. Dans l'utérus, sa situation était régulière, c'est-à-dire que l'axe de la tige correspondait à l'axe utérin.

La plaie utérine avait deux centimètres et demi à trois centimètres de long ; l'endométrite purulente profuse qui coexistait nous enleva toute envie de suture. L'hémorragie fut insignifiante. Et, après de larges irrigations, nous nous sommes contentés, ce



jour-là et les suivants, d'un tamponnement léger à la gaze iodoformée.

La malade n'a gardé qu'un peu de catarrhe utérin. L'utérus est peu à peu, mais lentement, revenu sur lui-même, au bout d'une quinzaine de jours.

Remarques. — Cette observation présente quelqu'intérêt en raison de la rareté relative des corps étrangers de l'utérus.

Il existe, cependant, pas mal d'observations de ce genre. Les premières sont relatives à des pierres de la matrice. Hippocrate, qu'on ne trouve presque jamais en défaut, en cite le premier cas. Au xviie siècle, elles donnèrent lieu à une grande controverse que vint clore le beau mémoire de Louis (1). Depuis, il a été prouvé que ces calculs de la matrice sont le résultat de la dégénérescence calcaire des fibrômes. N'empêche qu'ils se comportent souvent comme de véritables corps étrangers. Mais au début de notre siècle, Murat et Patissier (2) faisaient rentrer dans leur cadre une foule de lésions qui n'ont plus qu'y faire ; la tympanite utérine, les hydatides, l'hématométrie, les môles, les lithopédions, décrits par Morand (3), les kystes poilus (dermoïdes).

Depuis lors, quelques observations de corps étrangers vrais voient le jour, mais n'attirent guère l'attention qu'à un point de vue spécial. C'est ainsi que Tardieu (4) s'en occupe dans ses études médico-légales.

Poulet (*Traité des corps étrangers*) les fait ressortir de leur oubli. Plus près de nous, MM. Caraes (5) et Albertin (6) en ont fourni une bonne étude, presque simultanément, et leurs deux mémoires se complètent très heureusement.

Enfin, tout dernièrement, F. Neugebauer (7) vient de leur consacrer une longue monographie, basée sur 530 observations. Remarquons seulement que l'auteur a singulièrement étendu l'acception du terme, corps étrangers, et que sur ce chiffre élevé, on n'en compte vraiment que 63 ; les autres observations se rapportent à des rétentions de tumeurs, de parties fœtales ou placentaires, etc.

Notre observation rentre rigoureusement dans la classe des corps étrangers *utérins*, puisqu'il s'agit d'un pessaire *vaginal*. Sans refaire à son sujet l'histoire des corps étrangers utérins, nous nous bornerons aux simples remarques suivantes :

1° Les pessaires ou corps étrangers vaginaux en contact avec le museau de tanche peuvent être, pour ainsi dire, « déglutis » par lui. Il en existe plusieurs exemples qui rendent ce mécanisme indiscutable. Herzfeld, Käuffer, Bradfield, Biggs, ont rencontré des faits analogues. Dans le cas de Biggs, le phénomène ne mit pas deux semaines à se produire et le pessaire (pessaire à coupe de Maw) avait été placé par Biggs lui-même. Henry Heyman (8) a vu cette introduction se faire brusquement à la suite d'un effort. Le cas de Herzfeld est remarquable par la largeur du corps étranger (six centimètres).

2° Les pessaires constituent précisément les corps étrangers les plus volumineux de l'utérus. Presque tous les cas observés se rapportent à des femmes âgées, et il est vraiment curieux de voir ces cols atrophiés se ramollir et se dilater cependant au contact du corps étranger, et dans de si larges proportions, qu'ils les embrassent bientôt en entier. Dans notre observation, ce travail frappe d'autant plus que le pessaire offrait à l'utérus une surface plane de beaucoup supérieure au diamètre du col.

3° Les utérus séniles font preuve, en dépit de l'écoulement leucorréique, d'une remarquable tolérance. La contractilité utérine se réveille peut-être, mais elle ne peut qu'embrasser le corps étranger, sans pouvoir arriver à l'expulser. Cette tolérance relative est à opposer à l'intolérance des utérus plus jeunes et surtout gravides.

Il est cependant difficile de préciser le moment où le pessaire entre dans l'utérus ; bornons-nous à noter que la malade de Leegert (9) portait son pessaire depuis quarante ans, celle de Naylor Bradfield depuis vingt-cinq ans, et la nôtre depuis quinze ans, sans y avoir touché.

4° Au point de vue thérapeutique, il suffit souvent, après dilatation légère, de tirer sur le corps étranger pour l'amener dehors, surtout quand il s'agit d'aiguilles, de sondes, de tiges de bois, et même de pessaires. Il faudra des corps très volumineux, comme celui de Herzfeld ou le nôtre, pour recourir aux débridements du col ou du corps. Le mieux, en pareil cas, est selon nous l'incision médiane, qui saigne moins.

(1) *Mémoires de l'Ac. roy. de Chir.*, II, p. 130, Paris, 1753.
(2) *Dict. des Sc. Méd.*, tome XXXI, p. 233, Paris, 1819.
(3) *Mémoires de l'Ac. des Sciences*, 1748.
(4) *Etude médico-légale sur l'avortement.*
(5) *Thèse de Paris*, 1894-1895, n° 13.
(6) *Province Méd.*, 9 mars 1895, n° 10, p. 109.
(7) *Die Fremdkörper des Uterus*, Breslau, 1897.
(8) *Med. Record*, 17 mars 1894, p. 347.
(9) Cité par J. Dieffenbach « *Fremdkörper in der weiblichen Genitalien und Harnblase* ». Inaug. Dissert. Berlin 1890, n° 35, p. 11.

Gimbert. — MORT APPARENTE A LA SUITE D'UNE MÉTRORRAGIE POST-PARTUM ; RAPPEL A LA VIE PAR UNE INJECTION HYPODERMIQUE D'EAU SALÉE. (*Gazette des hôpitaux*, 1898, p. 287.)

Cette note est l'histoire clinique et surtout thérapeutique de la résurrection d'une dame tombée sous nos yeux dans un état de mort apparente manifeste, à la suite d'une hémorragie puerpérale effroyable.

Elle contient l'examen critique des différents procédés mis en œuvre pour ramener le sujet à la vie. Elle a pour but de mettre de nouveau en relief la grande puissance de l'injection hypodermique d'eau salée dans les cas de ce genre et de contribuer à la généralisation de son emploi dans les désordres consécutifs aux hémorragies graves en général.

Un matin de février 1897, nous fûmes appelé d'urgence auprès de Mme X...., pour faire une application pressante de forceps au détroit inférieur. Un travail de douze heures avait épuisé la parturiente, la tête de l'enfant restait au passage et sa vie était en péril.

La patiente habitait à 3 kilomètres de notre domicile. Pendant que nous faisions diligence, les contractions reprirent une certaine vigueur et lorsque nous arrivâmes, l'enfant était venu au monde très vivant. Si la nature épargna à la mère une intervention chirurgicale, elle fut chez elle la cause d'une hémorragie grave qui rendit notre intervention très pressante, et, on peut le dire, providentielle, car sans elle nous aurions eu un désastre.

Dès notre arrivée, on nous présentait un vase de nuit rempli de sang expulsé avec l'enfant et nous constations simultanément que la perte continuait son cours, que le lit s'inondait. La quantité de liquide pouvait être évaluée à un litre et demi.

La situation nous parut d'emblée très grave. Une perte continue aussi importante ne pouvait être causée que par un décollement intérieur de l'adhérence placentaire. Nous fîmes part de nos alarmes à l'entourage qui paraissait rassuré parce que dans des accouchements antérieurs — nous étions au quatrième — Mme X... avait déjà eu des accidents de ce genre très alarmants et qu'elle avait toujours repris le dessus.

Quoi qu'il en soit, le sang coulait à flots, la matrice inerte, remplie de sang, débordait l'ombilic, le pouls fuyait, les forces diminuaient à vue d'œil.

L'accouchée était en péril, elle allait peut-être succomber si on ne mettait instantanément un terme à cet effroyable accident. Il était huit heures et demie du matin. Sans perdre une minute, nous essayâmes de comprimer l'aorte qu'il était difficile d'atteindre à cause de la distension de la matrice. En même temps, avec la main libre, nous excitions les contractions de la matrice en promenant sur le ventre des serviettes roulées trempées dans l'eau bouillante, en injectant de l'ergotine sous la peau, en donnant à boire des stimulants énergiques.

L'utérus vivement excité se contracta rapidement ; en trois minutes il revenait sur lui-même. Nous pûmes alors délivrer la patiente déjà baignée dans son sang et de nouveau inondée à la suite de l'expulsion du délivre. L'hémorragie s'arrêta. Relever le siège, laver antiseptiquement, garnir de ouate au salol, fut le dernier terme de l'opération.

Mais, hélas ! la perte, qu'on pouvait évaluer à plus de trois litres en tout, avait épuisé la résistance du sujet qui était pourtant sérieuse. Il sentit ses forces s'éteindre, fit ses adieux à l'entourage et s'affaissa en présentant tous les signes apparents de la mort.

Instantanément le corps, la tête surtout diminuèrent de volume. La peau fut glacée comme celle d'un cadavre. Il n'y eut plus de battements de cœur, plus de pouls, plus de respiration, plus de réflexes d'aucun genre. Sur le champ nous fîmes placer le corps en travers du lit, la tête placée très bas sur les genoux de l'accoucheuse, les pieds surélevés. Pendant qu'on faisait des insufflations d'air bouche à bouche, des tractions rythmées de la langue pour exciter les réflexes respiratoires, on essayait de provoquer le réveil du plexus cardiaque par des applications d'eau bouillante, les réflexes oculaires, plantaires, pulmonaires par des excitations variées. Hélas ! rien ne bougeait. Nous n'étions pas en présence d'une syncope, les vaisseaux étaient vides, il fallait les remplir.

Une transfusion s'imposait, le mari offrait sa veine. Nous lui substituâmes l'injection hypodermique d'eau salée.

La chance avait placé à nos pieds une casserole en fer battu neuve, contenant de l'eau filtrée bouillie qui devait servir au lavage intra-utérin. Dans 300 grammes de cette eau, nous fîmes dissoudre une cuillerée à café de gros sel gris cristallisé, soit environ 3 grammes à 3 gr. 5 de sel. A l'aide de notre seringue dont la capacité est de 20 centimètres cubes, nous fîmes incontinent une série d'injections hypodermiques, tandis qu'on continuait à exciter les réflexes.

Nous fîmes ainsi passer 40 centimètres cubes de cette solution par une piqûre faite dans la fesse gauche, sans résultat. Il était neuf heures dix. Sans nous déconcerter, nous fîmes immédiatement une injection de 20 centimètres cubes dans le mollet droit. Pendant l'opération, nous constations que la bosse saline gauche disparaissait et, à la fin des 60 centimètres cubes, le sujet poussa

un petit cri. Pourtant le cœur ne bronchait pas en apparence. Nous injectâmes une quatrième seringue pendant qu'on excitait les réflexes respiratoires et cardiaques et nous sentîmes alors des oscillations faibles, mais vraies dans l'artère radiale droite, quelques contractions de la face, des mouvements réflexes dans les paupières à la suite des attouchements de la conjonctive, des retraits volontaires de la langue qui était encore pincée et tirée rythmiquement au dehors, et quelques mouvements d'inspiration. Nous assistions au réveil des fonctions.

Nous chargeâmes une cinquième fois la seringue, mais notre solution n'étant pas stérilisée et redoutant des abcès dont l'importance en général est en partie liée à la proportion des liquides injectés, nous différâmes cette intervention qui, heureusement, ne fut pas nécessaire.

Nous fîmes déglutir coup sur coup, à grand'peine d'abord, du café très chaud, puis du bouillon bouillant et du cognac. Peu à peu le sujet reprit connaissance, les deux radiales battirent à l'unisson, les bruits du cœur se firent entendre, la respiration devint plus profonde, la peau se réchauffa. Le retour des fonctions était effectué. Il était alors dix heures moins le quart. A onze heures la résurrection était assurée. A midi, on retira doucement les linges souillés, on replaça le sujet dans son lit, la tête basse, les pieds élevés. A trois heures de l'après-midi tout danger de syncope étant éloigné, nous pûmes quitter le lieu de l'action pour quelques heures, laissant à la garde compétente des seringues chargées.

Le soir, vers six heures, nous eûmes une fièvre de réaction de 38 degrés qui ne laissa aucune fatigue apparente ; toute la nuit et les jours suivants, on continua l'usage des reconstituants.

Le lendemain, la piqûre de la fesse droite fut gonflée, douloureuse, rouge. Nous crûmes à l'imminence d'un abcès. C'était une pure irritation sans conséquence. Nous nous aperçûmes alors qu'il y avait parésie de la vessie, parésie de l'intestin. Au cinquième jour, il s'établit une fièvre violente avec frisson qui bouleversa tout le monde. Elle fut d'abord intermittente, puis continue à 39, 40 degrés et nous crûmes à une fièvre puerpérale qui s'évanouit avec une forte débâcle spontanée que nous avions vainement provoquée.

Au neuvième jour se manifestèrent les premières douleurs d'une phlébite de la veine fémorale gauche qui dura deux mois. Néanmoins peu à peu tous ces troubles se dissipèrent et la malade était guérie au moment de son départ de Cannes, fin mai.

Cette observation fourmille d'enseignements de tous genres. Toutefois nous ne nous occuperons que de la question thérapeutique, qui est neuve et palpitante et qui est le succès de ce petit travail.

Il nous semble difficile de contester la puissance primordiale du sérum dans cette circonstance. Le traitement physiologique, tractions rythmées de la langue, insufflations d'air, excitation directe des réflexes classiques, a contribué sans doute à stimuler le fonctionnement des organes, alors que la vie était revenue dans le cœur ; mais il avait été notoirement impuissant avant ce moment.

La vie, du reste, devait être ramenée par une réplétion du cœur que l'excitation ne pouvait fournir, que le sérum seul pouvait donner.

Le lecteur nous demandera pourquoi nous avons préféré une injection hypodermique de sérum à une injection intra-veineuse — pourquoi nous avons refusé la transfusion sanguine intraveineuse — pourquoi nous avons injecté des doses si modestes de sérum, alors qu'on en imbibe les malades.

D'abord, en pareille circonstance, le devoir est de ne pas perdre une minute et d'employer le procédé le plus rapide, celui qu'on a sous la main.

Pour faire une transfusion sanguine, intraveineuse ou hypodermique, il fallait être outillé. Nous n'avions sous la main que notre seringue de 20 centimètres cubes qui, bien que parfaite, était insuffisante pour cette opération. Il fallait disséquer la veine d'un sujet exsangue, ce qui n'eût pas été facile, ni rapide, et faire une phlébotomie sur le mari. Tout cela eût été trop long. En tout cas, une injection hypodermique de sang n'eût peut être pas été suivie d'une absorption assez rapide et assez complète. Nous ne pouvions donc pas compter sur une action immédiate qui était impérieusement urgente.

Le sérum, quoique improvisé et défectueux, était d'un emploi facile. Nous connaissions d'avance ses avantages, ses inconvénients, sa puissance génératrice ; nous lui donnâmes la préférence. L'hypodermothérapie nous parût être ici la méthode indiquée. Nous verrons pourquoi. Dans les syncopes graves, la peau absorbe quand même les liquides injectés. Si, à l'heure actuelle, le sujet était en état de mort apparente, il était, il y a un instant, sain, vigoureux. Si les grands réflexes étaient éteints, les réflexes capillaires ne l'étaient certainement pas encore, un rien devait suffire pour provoquer leur réveil ; les vaisseaux assoiffés devaient absorber la solution saline, ce qui eut lieu.

Ce premier fait acquis, des considérations théoriques nous poussaient à adopter cette méthode. Quand le sérum pénètre par la veine, il arrive à dose massive au cœur, presque à l'état de pureté. Quand il s'endosmose par l'hypoderme, il y arrive divisé, mélangé avec le sang qu'il a rencontré dans les capillaires ; c'est déjà un liquide organique. Dans ces conditions les effets, toutes choses égales d'ailleurs, sont différents.

L'injection intraveineuse détermine des réactions trop vives, perturbatrices au point d'être dangereuses. Il est difficile, pour ne pas dire impossible, de les atténuer.

Les réactions produites par l'endomose sous-cutanée n'atteignent jamais le paroxysme des précédentes ; elles dépassent plus rarement la mesure thérapeutique, leur effet est tonique et persistant. Dans tous les cas, la facilité qu'on a de répéter l'opération permet soit de les atténuer à l'aide d'injections d'eau distillée stérilisée, soit de les activer ou de les prolonger au besoin.

Quel eût été le résultat de l'injection intraveineuse si nous avions eu le soir une réaction prolongée de 40-41 degrés ?

Etait-ce sage de passer outre ? Cette terrible complication survenant après une hémorragie pareille, n'eût-elle pas emporté le sujet ? L'ignorance de la question pouvait seule excuser une pareille faute thérapeutique. Nous n'avons pas voulu la commettre. L'expérience nous a donné raison ; l'hydrothérapie a rempli son rôle.

Dans les syncopes graves causées par les métrorragies, la tendance actuelle est d'injecter de grandes quantités de sérum pour combler d'abord le vide des vaisseaux et exciter vivement le cœur. Si les effets des grandes doses sont éclatants, il est rare qu'ils ne dépassent pas la mesure demandée, qu'ils ne soient plus toxiques que thérapeutiques.

Le cœur peut être excité à l'excès, il peut être forcé par un fonctionnement violent, la réplétion peut ne pas être nécessaire : elle peut être considérable, nuisible. Des complications peuvent surgir à la suite de ces différents écarts associés. Il importe toujours de les prévoir. Cela serait possible si on était fixé d'avance sur la manière de remplir à propos l'indication dominante du moment, si on avait la notion exacte du degré de vitalité du sujet plongé dans des conditions plus ou moins périlleuses. Ici il fallait réveiller à tout prix les contractions du cœur. Il fallait redouter une réaction fébrile intense, éviter les abcès qui pouvaient être causés par un sérum des plus imparfaits.

On opérait sur un sujet bien portant, sur une blessée tombée en syncope grave sous le coup d'une hémorragie et non point sur une de ces nombreuses accouchées qui arrivent souvent dans les hôpitaux agonisantes, après plusieurs jours de pertes successives, déjà malades, profondément atteintes dans leur nutrition générale et à bout de ressort vital.

Le réveil du cœur pouvait donc être obtenu par des doses moyennes de sérum et, si on l'obtenait nettement, il était inutile d'insister sur l'emploi excessif de ce réveilleur de vie qui pouvait excéder son mandat. Il valait mieux maintenir la contraction au diapason conquis par des stimulants gastriques qui, bien tolérés et suffisamment distribués, allaient assurer le retour et le fonctionnement de la *bonne nature médicatrice* qui était en puissance naguère et sans le concours de laquelle on ne fera jamais de bonne thérapeutique, alors même qu'elle serait le plus spécifique.

C'est ce que nous avons fait. Avec 80 grammes d'eau salée, nous avons obtenu le retour des battements. Nous aurions pu nous contenter d'une injection de 60 grammes.

Nous avons comblé le vide qui pouvait quand même exister dans les vaisseaux avec du bouillon chaud, des grogs et du café. Nous n'avons eu qu'une modeste réaction et point d'abcès. Le sujet ne s'est jamais si bien porté.

REVUE ANGLAISE

DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT CHIRURGICAL DES FIBROMES. (Soc. Gynécolog. angl. Séance du 11 nov. 1897. *Brit. med. J.*, 20 nov. 1897.)

Mayo Robson. — Deux questions se posent tout d'abord en présence d'un fibrome. Doit-on opérer et, dans ce cas, par quelle méthode ? Beaucoup de fibromes durs ne demandent aucune intervention; mais pour ceux dont la croissance est rapide, qui s'accompagnent de symptômes sérieux ou qui surviennent après la ménopause, l'extirpation est la seule ressource. Robson n'a qu'à se louer de l'hystérectomie intra-péritonéale dans laquelle, après ligature des vaisseaux et suture du péritoine, on attire le moignon en dehors de la plaie et on l'extirpe.

Granville Bantock n'est l'esclave d'aucune méthode ; cependant, il est plus familier avec celle du serre-nœud, qui lui a donné ses meilleurs résultats. Lorsqu'une dégénérescence maligne a envahi le col, on ne peut faire de pédicule ; il enlève alors tout l'utérus. Dans les cas de petits fibromes, c'est une erreur d'enlever l'utérus,



beaucoup peuvent être énucléés et ne faire obstacle ni à la grossesse, ni à l'accouchement. Il a vu, dans un traité, l'hystérectomie décrite comme une opération facile et sûre : il proteste contre une telle assertion.

F. Routh a vu de nombreux fibromes, mais il n'en a pas vu se développer après la ménopause.

Purcell. Lorsque les fibromes sont atteints de dégénérescence maligne, la panhystérectomie est la seule opération possible.

B. Jessett rejette la méthode du clamp. Relativement aux tumeurs compliquées de grossesse, la mortalité, d'après Péan, est considérable et, si l'avortement survient, elle est plus élevée encore.

Shaw Mackenzie montre des préparations de débris obtenus par le curettage dans des cas douteux et conclut à de l'endométrite hémorragique.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA DYSMÉNORRÉE. (Soc. gynéc. angl. *Brit. med. J.*, 20 nov. 1897.)

Mc Naughton Jones rappelle les formes ovarienne, tubaire et utérine de la dysménorrée, chacune pouvant se subdiviser. Il y a en outre des causes constitutionnelles qu'on peut grouper en 2 ordres : 1° toxémie, anémie, chlorémie; 2° névralgie et hystérie. La discussion doit toutefois se borner aux cas de dysménorrée congestive décrits par M. Duncan. Ici la flexion est associée au défaut de développement et à la neurasthénie ; mais, dans ces cas même, la difficulté est souvent grande, attendu que l'utérus, bien que cause de la dysménorrée, semble de volume normal et la santé générale bonne. Il n'a pas confiance dans la simple dilatation, ni dans les tiges : elles soulagent, mais n'assurent pas la guérison. Il n'a pas essayé de l'opération de Dudley, mais il a obtenu de bons résultats tant au point de vue de la stérilité que de la dysménorrée, du traitement indiqué par H. Smith et qui consiste à inciser le col aux ciseaux, à faire sur l'orifice interne, l'incision de Sims, à dilater, puis introduire pour quelques jours un petite tige de verre.

Herbert-Snow considère la dysménorrée comme le résultat d'une imperfection de développement et conseille le massage, les douches, une hygiène appropriée et des vêtements lâches.

St. BONNET.

REVUE BELGE

Borremans. — FIBROMES DE L'OVAIRE. (*Annales de l'Institut Sainte-Anne.* T. II, n° 1, 1898.)

Les gynécologues considèrent le fibrome de l'ovaire comme une rareté ; quelques-uns même en contestent l'existence. Les anatomopathologistes sont d'un avis opposé. Ainsi Patenko, sur 76 autopsies, a relevé des noyaux fibreux des ovaires dans douze cas ; il s'agissait là de nodules fibreux atteignant à peine le volume d'un pois, issus d'un corps jaune ou d'un follicule de Graaf et représentant plutôt une sclérose folliculaire qu'un néoplasme. Quant aux néoformations fibromateuses assez volumineuses pour mériter le nom de tumeurs, ce sont, en effet, des raretés. Schauta n'en a rencontré que cinq cas au cours de son premier millier de cœliotomies et Spencer Wells émet l'avis qu'elles ne représentent guère que 1,2 pour 100 de la totalité des tumeurs solides de l'ovaire.

Les fibromes de l'ovaire se développent soit aux dépens d'un corps jaune ou d'un follicule en voie de développement, soit aux dépens stroma conjonctif de l'ovaire. Ceux du premier groupe ne dépassent guère le volume d'un œuf de dinde, tandis que les autres peuvent acquérir des dimensions énormes.

Ces tumeurs sont-elles entourées d'une capsule, comme le veulent certains auteurs ?

Sur les pièces que nous avons étudiées à ce point de vue, voici ce que nous avons constaté : à la périphérie du néoplasme, le tissu conjonctif est plus serré, composé à peu près exclusivement de fibrilles et renfermant peu de cellules conjonctives ; il se trouve ainsi condensé en une couche corticale qui, par endroits, se laisse arracher de la masse de la tumeur, non cependant sans entraîner des lambeaux de cette dernière. Mais une capsule comparable à celle des fibromes utérins, de laquelle la tumeur peut s'énucléer, n'existe pas ici. Ajoutons que les petits fibromes issus d'un corps jaune montrent parfois à la coupe une écorce plissée qui n'est autre chose que la paroi du corps jaune.

I.—Jeune fille de 19 ans. Tumeur de la forme et du volume d'un œuf de Dinde, à surface lisse, reliée au ligament large par un pédicule très mince, sans ascite ni adhérences. L'examen microscopique nous montre des faisceaux de fibrilles conjonctives s'entrecroisant dans tous les sens, englobant des cellules conjonctives ; çà et là, des traînées de tissu musculaire lisse. Vascularisation très pauvre. Les éléments propres de l'ovaire ont complètement disparu.

II. — Femme âgée de 57 ans, mère de deux enfants, entrée en ménopause à 51 ans, se présente en 1891 à la clinique, l'abdomen distendu par des masses fibromateuses énormes. L'état général est bon. A l'ouverture de l'abdomen, on se trouve devant un cas de tumeur double des ovaires : la droite, qui est la plus volumineuse, remonte jusqu'au foie. Les tumeurs n'ayant pas contracté d'adhérences, l'opération est aisée et la guérison se fait rapidement.

En 1893, l'opérée se représente à la clinique. Cette fois, l'abdomen, distendu par l'ascite, est le siège de nombreux noyaux durs, douloureux ; les membres inférieurs sont infiltrés et l'aspect général trahit la cachexie cancéreuse. En effet, la Femme succombe en mars 1894. A l'autopsie, on trouve les parois de la cavité abdominale parsemées de noyaux sarcomateux.

L'intérêt de cette observation réside, d'une part, dans la bilatéralité de l'affection, fait des plus rares, d'autre part, dans le développement consécutif de tumeurs sarcomateuses, qui emportent le sujet trois ans après l'opération de fibromectomie.

Les deux fibromes pèsent ensemble environ 6 kilog. Ils ont la forme de reins énormes, sont divisés par des scissures en lobes de tout volume et se trouvaient implantés sur le ligament large, chacun par un prédicule large de quatre travers de doigt.

D'où est partie la dégénérescence sarcomateuse ? Y avait-il des noyaux sarcomateux dans l'épaisseur des tumeurs ? Nous ne le pensons pas. A l'œil nu, les surfaces de coupe sont bien caractéristiques du corps fibreux et l'examen microscopique de fragments pris en différents points des néoplasmes ne nous a révélé que du fibrome absolument pur.

III. — Jeune fille de 19 ans, nullipare. Cette personne s'est aperçue vers le mois de mai 1892 qu'elle portait dans le ventre une tumeur. Au mois de novembre éclate une péritonite aiguë, généralisée : fièvre, vomissements, ballonnement du ventre, douleurs intenses. L'exploration per rectum fait reconnaître une tumeur dure, occupant tout le bassin, refoulant à gauche l'utérus qui est très petit. Une intervention immédiate s'impose. Elle met au jour une tumeur du volume d'une tête d'adulte, dure, appartenant à l'ovaire droit, partant du ligament large par un pédicule long de 10 centimètres, lequel est tordu quatre à cinq fois sur lui-même. Cette torsion paraît toute récente et il est permis de lui imputer la péritonite qui est survenue. La convalescence se fait régulièrement. L'opérée est revue en 1896 : jouissant d'une santé florissante. Au microscope, cette tumeur se montre, comme la précédente, constituée de tissu conjonctif fibrillaire, à l'exclusion de tout élément musculaire.

IV. — En mai 1893, M. Jacobs opéra un fibrome de l'ovaire encore plus volumineux que les précédents. La Femme qui en était porteuse, âgée de 59 ans, en ménopause depuis l'âge de 51 ans, était en quelque sorte vouée à la fibromatose : en effet, elle s'était soumise déjà deux fois, en octobre 1890 et en juin 1891, à l'extirpation de myomes utérins *per vaginam*, pratiquée par un autre gynécologue, et fut, postérieurement à l'opération que nous relatons, opérée encore d'un fibrome utérin et de deux fibromes vaginaux, par M. Jacobs.

Elle se présente pour la première fois en septembre 1892. L'abdomen est développé par une tumeur volumineuse, indolente, dure, bosselée, ne faisant pas corps avec l'utérus, descendant dans le bassin et en remplissant la moitié gauche. En même temps, un gros myome utérin sous-muqueux fait hernie à l'orifice du col.

La malade n'est venue que le 10 mai 1893, alitée, dans l'impossibilité de se mouvoir, le ventre distendu à l'extrême par l'ascite.

La cœliotomie est pratiquée le 12 mai. Après évacuation de 20 litres de liquide ascitique clair, l'opérateur dégage laborieusement une tumeur énorme, adhérente aux anses intestinales, lobulée, formée d'une cinquantaine de noyaux fibreux, infiltrée de sels calcaires dans la partie qui avoisine le promontoire pelvien. Elle appartient manifestement à l'ovaire gauche, la trompe de ce côté ayant conservé toute son indépendance.

La tumeur pèse 6 kil. 400 gr.

Au microscope : fibrome pur, mais, contrairement aux précédents, à vascularisation sanguine et lymphatique très riche.

Ces quatre cas de tumeurs fibreuses de l'ovaire, qui permettent de reconstituer toute l'histoire de cette variété rare de néoplasme, sont intéressants à plus d'un point de vue. Ils démontrent que, si une femme peut porter pendant longtemps une tumeur de cette espèce sans en souffrir, voire même sans en soupçonner l'existence, elle est cependant exposée à des accidents graves, même à la dégénérescence cancéreuse. Cette considération suffit, croyons-nous, à justifier la conclusion pratique que nous avons émise plus haut, à savoir que dans toute tumeur solide de l'ovaire, l'intervention s'impose, immédiate.



REVUE DES THÈSES

Blan. — DE LA GROSSESSE ET DU TRAVAIL APRÈS L'HYSTÉROPEXIE ABDOMINALE ANTÉRIEURE. (*Thèse de Lyon*, 1897.)

La question des grossesses ultérieures à l'hystéropexie a été soulevée dès le début de cette opération. Plusieurs auteurs ont pensé que la ventro-fixation devait empêcher la grossesse, gêner le développement normal de l'utérus ou nuire à l'accouchement. De cette idée préconçue, ils avaient tiré une contre-indication absolue.

Aujourd'hui la preuve du contraire n'est plus à faire, les observations de grossesse chez des hystéropexiées ont tellement abondé que récemment une statistique américaine (1) a pu en publier 231 cas sur lesquels 176 grossesses à terme.

Malgré tous ces faits, la conviction générale des gynécologistes est loin d'être faite sur ce point, puisqu'on pouvait lire de M. le professeur agrégé Condamin en 1896 (2) : « La question de l'influence de l'hystéropexie abdominale antérieure sur les grossesses ultérieures est actuellement à l'ordre du jour. Malgré trois thèses écrites sur ce sujet (1) à Bordeaux, Lyon et Nancy, où se trouvent résumés tous les travaux et les appréciations des gynécologues sur ce point, il est difficile à l'heure actuelle de se faire un jugement ferme sur cette question. Il faudrait encore d'autres documents : c'est en publiant les cas isolés qu'il sera possible plus tard d'être fixé d'une façon définitive. »

La cause de cette indécision paraît surtout résider dans ce fait qu'étant donné la multiplicité des procédés employés jusqu'à ce jour, les statistiques ont été basées sur des faits si dissemblables qu'il est difficile à la clinique d'en tirer des indications formelles. On a généralement attribué à l'intervention elle-même des accidents qui ne dépendaient que du procédé employé.

L'auteur présente quelques observations de grossesses et accouchements normaux chez des malades hystéropexiées par le procédé de M. le professeur Laroyenne.

Presque tous les auteurs font bon marché de cette notion capitale que c'est le fond de l'utérus qui fournit presque toute l'étoffe nécessaire au développement causé par la gravidité.

Il ressort de l'étude du développement de l'utérus pendant la grossesse, qu'il y a une partie du corps utérin qui ne prend qu'une part minime à ce développement.

C'est la partie de la face antérieure limitée par les ouvertures tubaires en haut, et par l'isthme en bas.

Cette portion de l'utérus ne subit que très peu de changement pendant le processus gravidique et son déplacement ne consiste que dans une excursion verticale de quelques centimètres lorsque l'utérus monte en bloc dans la cavité abdominale, déplacement qui est achevé vers le troisième ou quatrième mois de la grossesse.

La fixation portant sur cette partie n'apportera donc que peu de gêne au développement utérin.

Sinclair (3) avait déjà précisé dans son mémoire que c'était la face antérieure et non le fond de l'utérus qu'il fallait comprendre dans les sutures, mais il ne cherchait qu'à obtenir une fixation solide et n'avait point en vue les grossesses ultérieures.

Le point de vue obstétrical de la question de la fixation a été envisagé pour la première fois par M. le professeur Laroyenne.

Nous ne pouvons mieux faire que de rapporter ici les propres paroles du maître (4) :

« Chez les femmes hystéropexiées, pour n'importe quelle cause, nous ne redoutons pas l'épreuve de la grossesse et de la parturition. J'ai étudié la coupe congelée de Braune (Femme en travail) et j'ai constaté :

1° Que l'orifice de la trompe se trouve en avant de l'axe utérin ;

2° Que cet orifice est situé à égale distance du fond de la matrice et d'un plan horizontal passant par l'orifice interne, ce qui démontre que le développement de l'utérus se fait surtout par la paroi postérieure et par le fond, et que dans l'hystéropexie, les fils fixateurs devront se trouver exclusivement sur la paroi antérieure et ne pas dépasser en haut le plan des orifices tubaires. »

L'auteur rapporte 6 observations intéressantes et déclare que chez les malades hystéropexiées par le procédé de Laroyenne la grossesse et le travail diffèrent aussi peu que possible, pour ne pas dire du tout de la grossesse et du travail normaux.

Dans tous les cas il y a eu une parfaite fixation de l'utérus après l'opération.

(1) *American Journal of Obstetrics*, 1896.
(2) CONDAMIN. — *Lyon Médical*, 24 novembre 1896. — Deux cas de grossesse et d'accouchement normal après l'hystéropexie abdominale antérieure.
(3) SINCLAIR. — *Manchester Chronicle*. April 1894.
(4) Congrès de Bordeaux, 1895. — Section de gynécologie.

La grossesse chez toutes les malades a évolué sans accidents appréciables. Il y a bien quelques douleurs au début et un peu de gêne ou quelques tiraillements au niveau de la cicatrice. Mais c'est bien peu de chose.

Dans un cas de grossesse gémellaire, il y a eu une présentation vicieuse (position acromio-iliaque droite de l'épaule droite) ; mais, chose remarquable, la terminaison de l'accouchement s'est faite par une évolution spontanée.

Aucune complication de la délivrance ne s'est présentée dans les observations.

A propos de son travail, M. Blan cite l'opinion de Ch. Noble (de Philadelphie) qui a publié un intéressant travail sur la suspension de l'utérus et de son influence sur la grossesse et le travail.

Noble eut l'idée de rechercher, en Amérique et à l'étranger toutes les observations de grossesse et de travail chez des hystéropexiées ; il recueillit de la sorte 231 cas de grossesses, parmi lesquels 176 grossesses évoluèrent normalement. Parmi les autres, il releva comme accidents imputables à l'hystéropexie 23 avortements, 7 accouchements prématurés, 11 délivrances au forceps, 2 extractions manuelles, 5 versions, 1 opération de Porro, 3 opérations césariennes, 2 rétentions du placenta. La mortalité représentée par 6 morts est environ de 2,7 %.

Il donne alors comme conclusions légitimes à tirer de ces statistiques :

« I. — Les femmes hystéropexiées sont moins aptes que les autres à être fécondées ;

II. — La grossesse et le travail, en thèse générale, évoluent sans complications ;

III. — L'inertie utérine est un accident fréquent ;

IV. — Un obstacle sérieux et même insurmontable, peut être apporté au travail, lorsque le fond et la paroi antérieure de l'utérus restent emprisonnés au-dessous du point de fixation à la paroi abdominale. »

Recherchant alors les causes des complications qui se sont produites au cours de la grossesse et du travail, il passe en revue les différentes méthodes employées qu'il ramène à 3 procédés (Kelly, Olshausen et Léopold) et il reconnaît que dans ces procédés, les sutures fixatrices sont placées pour les uns, sur la face postérieure, pour les autres, sur la face antérieure, mais qu'elles empiètent toujours sur le fond. et il conclut en disant qu'au point de vue obstétrical, il serait avantageux d'apporter aux procédés habituels, la modification suivante : « L'incision abdominale n'est pas faite aussi bas qu'autrefois. Le point le plus bas de l'incision s'arrête au moins à un pouce et demi au-dessus du pubis. La méthode de Kelly, pour les sutures, est adoptée, mais les points sont placés sur la face antérieure, au lieu de la face postérieure du fond. Le péritoine est clos avec une suture en surjet en prenant garde de ne pas le fixer aux muscles. Et, finalement, la peau et le tissu sous-cutané sont réunis par des sutures à points séparés au crin de Florence. Au point de vue obstétrical, cette manière de faire assure un utérus plus mobilisable, et, dans le cas d'une grossesse, permet un développement plus généralisé. Il faut chercher de plus à obtenir une adhérence faible, plutôt qu'une adhérence solide entre l'utérus et la paroi abdominale. »

Noble ajoute, en dernier lieu, qu'il serait bon de conseiller aux femmes qui ont subi cette opération, de venir se faire examiner, au cas de grossesse ultérieure, vers le septième ou huitième mois afin d'éviter des complications du genre de celles qu'il a relatées.

M. Blan fait remarquer que le procédé de M. le docteur Ch. Noble est encore passible de beaucoup d'objections : quoique plaçant ses points de suture sur la face antérieure, on empiète encore sur le fond, et c'est la cause principale de toutes les complications qui se sont présentées ; d'autre part chercher à obtenir une faible adhérence qui céderait par le fait d'une grossesse ultérieure, serait s'exposer à perdre, après l'accouchement, le bénéfice de l'intervention. Une pareille solution n'est donc pas acceptable.

Par conséquent, ajoute M. Blan, le procédé de M. le professeur Laroyenne, reste le seul qui présente de sérieux avantages dans le cas de grossesses ultérieures, et, à ce titre, il mérite d'être le procédé de choix à employer chez une Femme non encore arrivée à la ménopause.

Tout ouvrage dont il sera envoyé deux exemplaires sera annoncé et analysé s'il y a lieu.

R. PICHEVIN, *Directeur-Gérant*.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE DAIX FRÈRES.
Maison spéciale pour Journaux et Revues.



SOMMAIRE

DE LA PÉRITONISATION DES SURFACES CRUENTÉES

et des pédicules intra-abdominaux,

Par R. CONDAMIN,

Assistant du Pr Laroyenne, Agrégé à la Faculté de Lyon.

Sous le nom de *péritonisation* nous désignons le recouvrement d'une surface cruentée par une lame de péritoine. Qu'il s'agisse, après une intervention intra-abdominale, d'une perte de substance péritonéale, d'un pédicule large comme celui qui résulte d'une hystérectomie supra-vaginale, ou petit comme celui d'un kyste de l'ovaire,il y a toujours intérêt a ne pas laisser, dépourvue de péritoine, une surface dont la destinée est d'être intra-péritonéale. C'est un point de la pratique chirurgicale de notre maitre le Pr Laroyenne que nous désirons mettre en relief et dont nous voudrions montrer toute l'importance.

Si le mot *péritonisation* est nouveau, la chose en réalité ne l'est pas. Depuis longtemps, tous les chirurgiens, et surtout ceux qui s'occupent de chirurgie abdominale, savent bien, qu'on doit, quand il s'agit de gros pédicules, réunir les bords de ceux-ci de telle façon que l'on adosse les bords du recouvrement péritonéal, par exemple dans l'hystérectomie abdominale, par le procédé de Schroeder.

Nul n'ignore qu'après le décollement d'adhérences résistantes, qui entraine une destruction ou tout au moins une modification notable de la surface lisse du péritoine normal. il faut par un surjet ou des points de suture séparés dissimuler ces trous faits à la grande séreuse abdominale. Mais ce que l'on sait moins et ce qui ne se pratique guère, croyons-nous, en dehors de la clinique du Pr Laroyenne, c'est la *péritonisation* de ces petits pédicules, tels qu'on les observe après l'ovariotomie ou l'ablation des annexes, ou encore des surfaces cruentées ou altérées de l'épiploon.

Il semble *a priori* que péritoniser la surface libre d'un pédicule d'ovarite scléreuse, dont la section ne porte que sur une étendue de quelques millimètres, soit chose absolument insignifiante. Il n'en est rien si l'on se rappelle l'exsudation abondante que détermine le moindre corps étranger, drain, mèche de gaze, drainage à la Mickulicz, et, par extension, moignon de pédicule non recouvert de péritoine ; si l'on tient compte aussi des phénomènes d'occlusions intestinales précoces et tardives dont la pathogénie a été particulièrement élucidée dans ces dernières années, on voit que toute opération qui tend à rapprocher de l'état normal du recouvrement, ces organes ou reliquats d'organes intra-péritonaux, doit être prise en sérieuse considération.

W. Easterly Ashton (1) n'a-t-il pas démontré qu'il suffisait parfois d'une très mince adhésion d'épiploon irrité ou modifié par des adhérences, qui ont été libérées, à une anse intestinale pour voir survenir un arrêt complet dans le cours des matières et finalement une occlusion intestinale absolue. Qu'on incrimine, avec l'auteur américain, dans ces cas-là une contraction spasmodique de l'intestin, au niveau de l'adhérence, par suite, d'abord, de phénomènes de péristaltisme exagéré, puis, de péristaltisme et enfin d'apéristaltisme, peu importe. Le fait existe et semble rendu indéniable par les observations contenues dans le mémoire précité, et aussi par des cas que nous avons pu étudier.

Or, après une ovariotomie un peu compliquée, avec adhérences de l'épiploon à l'intestin que va-t-il survenir si l'on procède classiquement en se contentant d'assurer une hémostase aussi complète que possible ?

Les surfaces épiploïques, par lesquelles s'étaient effectués des échanges vasculaires,ont perdu toutes les propriétés dévolues aux séreuses et dont la principale est de glisser sur sa congénère sans contracter d'adhérence : Cette surface cruentée ne reprendra ses conditions physiologiques qu'exceptionnellement,par suite d'une rétraction progressive qui fera,en somme, ce que nous cherchons immédiatement par la péritonisation. Le plus souvent, elle ira se greffer dans le voisinage, intestin, épiploon,organes adjacents,en ne créant sans doute qu'exceptionnellement des accidents d'occlusion, mais presque toujours en déterminant des phénomènes douloureux ou tiraillements sur lesquels notre élève Bouquet de Jolinière a appelé l'attention dans sa thèse inaugurale (1). De même, les surfaces intestinales, de même les moignons des pédicules fussent-ils petits. Dans ces derniers, tout ce qui s'étend entre le lien constricteur et la surface de section est privé de tout appui nutritif, et cependant jamais il ne s'y produit de sphacèle. C'est que toujours ce moignon va adhérer au moins pendant un certain temps aux organes adjacents en leur empruntant ce qui lui est indispensable de nourriture.

Au point de vue pratique qui nous intéresse le plus, comment peut-on remédier à la possibilité de ces diverses complications, depuis l'occlusion intestinale post-opératoires, jusqu'aux tiraillements douloureux,suites d'adhérences péritonéales ? Par la péritonisation, répondrons-nous hardiment, de toutes les surfaces cruentées et de tous les pédicules intra-abdominaux, que ceux-ci soient minces ou volumineux, qu'ils soient épiploïques ou viscéraux.

Ce n'est pas à dire, pour cela, qu'avec la péritonisation on évitera toujours les adhérences, même dans la laparotomie la plus irréprochable au point de vue opératoire, car un péritoine irrité est toujours prêt à se contracter. Mais ce qu'on peut affirmer, c'est qu'elles seront autrement rares et ne présenteront pas la même gravité.

La péritonisation des surfaces cruentées et des pédicules intra-abdominaux est-elle toujours possible ? Nous croyons pouvoir répondre par l'affirmative, grâce à certains artifices opératoires dont nous parlerons plus loin. En tout cas, si par suite de circonstances particulières, pertes de substances trop étendues du péritoine, pédicules sessiles, etc., la chose n'était pas praticable, il vaudrait mieux employer ce que nous avons appelé *Mickulicz de sécurité* (2), qui sera enlevé aussitôt que possible, plutôt que de s'exposer aux inconvénients du suintement intra-péritonéal d'une surface cruentée, ou d'adhérences avec les organes du voisinage.

Voici commet l'on procède à la clinique gynécologique du Prof. Laroyenne dans les différentes cas qui peuvent se présenter.

S'agit-il de plaie ou de perte de substance du péritoine pariétal, ou de cette portion du péritoine viscéral du bassin qui, comme le précédent, glisse facilement sur les plans sous-jacentes ? On fait simplement au catgut fin et avec la plus petite aiguille de Reverdin, un surjet lâche qui produit des plicatures nombreuses, mais qui oblitère complètement la surface dénudée en ramenant sur elle une lame péritonéale : Cette suture a en outre l'avantage de faire l'hémostase quand, ce qui est la règle, il existe à ce niveau un suintement en nappe ; dans certains cas, non seulement le péritoine pariétal ou pelvien a été déchiré, mais encore décollé sur une assez grande étendue, par suite de mouvements de décollement ou de décortication. Il ne faudra pas se contenter de réunir les bords péritonéaux en laissant au-dessous de chaque lambeau un espace vide, qui est un appel à la suppuration.

(1). W. Easterly Ashton : Pathologie des obstructions intestinales consécutives aux opérations abdominales et pelviennes. (*The medical News*, 30 juillet 1892.)

(1) BOUQUET DE JOLINIÈRE. Des adhérences péritonéales considérées comme causes des phénomènes douloureux.

(2) B. CONDAMIN : Du drainage à la Midulicz ; avantages et inconvénients. (*Province médicale*, décembre 1893, et janvier 1894). — BRENANS, id. (Thèse de Lyon, 1894.)



On fera quelques points profonds intéressant les plans sous-jacents et supprimant les espaces vides pour suturer ensuite les bords des lambeaux : s'il y a du péritoine en trop, il sera souvent plus simple et plus sûr d'en réséquer l'excédent.

Voici un autre cas où le manuel opératoire de la *péritonisation* emprunte des particularités à la nature des tissus : nous voulons parler de ces ablations de tumeurs abdominales contre lesquelles s'est greffé sur une large étendue l'épiploon. Les sections ou décortications étant terminées, on a sous les yeux des lambeaux irréguliers, pantelants et cruentés d'épiploon. Tous les chirurgiens sont d'accord qu'en pareille occurrence il faut réséquer ces lambeaux et régulariser les bords de la nappe épiploïque. Mais ce n'est pas suffisant. Après une hémostase aussi complète que possible, il faudra, là encore, faire de la péritonisation pour éviter ces adhérences dont nous avons parlé plus haut ; mais avec quoi ? Avec l'épiploon lui-même, dont la lame péritonéale seule ne saurait être utilisée. Avec un fin catgut et par un surjet un peu lâche, on ramène de l'épiploon sain sur la surface cruentée : on forme un bourrelet à ce niveau, et si dans les lames épiploïques on constate quelques déchirures, on en rapproche également les bords. Dans ces cas d'épiploon mutilé, notre maître le Prof. Laroyenne a l'habitude de bien étendre au devant des anses intestinales l'épiploon et même quelquefois de le fixer en bas par un point de suture. De cette façon, on est sûr qu'il reste étalé et il constitue une barrière contre une infection possible du dehors, surtout quand l'intervention a nécessité un drainage à la Mickulicz.

Pour les moignons de pédicules gros et petits, on doit se préoccuper des moyens d'assurer la péritonisation avant d'en avoir fait la section. Pour cela il faudra effectuer la coupe en plusieurs temps comme s'il s'agissait d'une amputation de membre, c'est-à-dire section superficielle un peu haute, n'intéressant que le péritoine et la couche cellulaire qui le double et qui permet quelquefois de faire un petit décollement circulaire donnant une collerette péritonéale ; puis section plus bas, de la couche moyenne, et plus bas encore de la couche médiane. Tout cela, avec un peu d'habitude, se fait facilement et plus rapidement que pour l'exposer. Pendant qu'un aide maintient par le fil constructeur ou une pince hémostatique le pédicule en dehors de la cavité abdominale, on fait, comme précédemment, au catgut fin un surjet portant sur les bords de la collerette péritonéale, précédemment formée. Cette suture, si l'on veut obtenir un recouvrement parfait, ne doit intéresser que le péritoine et la lame conjonctive qui le double. On adosse ainsi, en recouvrant la surface libre du moignon, les bords de la séreuse comme s'il s'agissait des deux lèvres d'une plaie cutanée. Les points du surjet doivent être assez rapprochés, sans quoi quelques fragments de la partie centrale du pédicule s'interposent entre les lèvres de la collerette péritonéale, ce qui rend illusoire la péritonisation.

Ce manuel opératoire s'applique au pédicule des kystes de l'ovaire, des annexites enlevées par la voie abdominale et en général de toutes les tumeurs abdominales à pédicules.

Quand le moignon est le col ou le corps utérin, la péritonisation est encore bien plus importante ; mais depuis longtemps, tous les chirurgiens la pratiquent avec quelques variantes. Nous n'avons rien à ajouter à ce qui a été écrit à ce sujet. C'est surtout à propos de la péritonisation des petits pédicules et de l'épiploon que nous désirons appeler l'attention des chirurgiens sur une particularité opératoire qui paraît avoir une importance réelle.

NOTES CLINIQUES

1° Sur un cas de polype fibreux intra-utérin enlevé par l'hystérotomie médiane antérieure vaginale précédée du décollement du cul-de-sac péritonéal vésico-utérin.
2° Sur un cas d'utérus fibromateux et de kyste dermoïde huileux du ligament large enlevés par la voie vaginale.

Par M. Mauclaire, chirurgien des hôpitaux.

—

I. La première observation que nous rapportons nous semble assez intéressante, étant donnée la voie méthodique, exploratrice pour ainsi dire qui a été suivie par M. Schwartz (1) entre autres et qui n'est pas nouvelle assurément. Voici tout d'abord l'histoire clinique de la malade.

Observation (2). — Malade âgée de 32 ans, entrée le 1er février dans le service de M. Monod que nous remplacions momentanément. — Cette femme, réglée régulièrement depuis l'âge de 11 ans, a eu 3 grossesses menées à terme, la dernière il y a 10 ans ; plus une fausse couche à l'âge de 16 ans.

Depuis le mois de janvier 1897, on note des métrorragies continuelles. Au début de ces pertes, la malade a souffert comme si elle accouchait. Puis les douleurs se sont calmées.

A son entrée, on constate que la malade est pâle, faible, très anémiée par les abondantes métrorragies dont elle se plaint.

A l'examen, on trouve un utérus gros, mobile, avec un col entrouvert. En introduisant le doigt par l'ouverture du col, on sent une masse élastique et lisse, dans la cavité utérine. Le doigt ne s'insinue pas entre la tumeur et les parois de l'utérus.

On diagnostique donc un fibrome sous-muqueux, faisant saillie dans la cavité utérine. Pas d'inversion utérine.

Opération 6-2 1898. — L'utérus s'abaisse facilement. Incision du cul-de-sac vaginal antérieur.

Décollement de la vessie, comme pour une hystérectomie vaginale classique.

On met à nu environ 6 cent. de la face antérieure de l'utérus.

Le cul-de-sac péritonéal est refoulé, mais non ouvert.

Section médiane de la portion dénudée de la face antérieure de l'utérus.

Les deux lèvres de l'incision sont écartées, avec des pinces à traction.

La tumeur apparaît alors largement, on reconnaît qu'elle est insérée dans le fond de l'utérus. Elle est saisie avec une forte pince à traction et extirpée par torsion du pédicule.

Lavage de la cavité utérine.

Suture de l'utérus par 3 points de *catgut* séparés.

Pas de curettage utérin.

Suture au catgut du cul-de-sac vaginal.

Tamponnement du vagin à la gaze iodoformée.

La tumeur était ovoïde, du volume presque du poing et présentait tous les caractères d'un fibrome au simple aspect macroscopique.

Les suites furent des plus simples, la malade n'eut ni fièvre, ni hémorragie.

Elle sort de l'hôpital 8 jours après l'interventiou.

A l'examen, on constate une restitution ad integrum parfaite. L'utérus a subi son involution et à peu près repris son volume normal.

Tout dernièrement MM. Schwartz (3), Sebileau (4) et Rouffart (5) ont attiré l'attention sur la méthode que nous avons suivie pour les polypes à insertion haute. Ajoutons que celle-ci a également été suivie par M. de Bovis (6) pour un cas de corps étranger de l'utérus, un pessaire. Cette voie exploratrice prime et de beaucoup les différentes méthodes d'hystéroscopie sur lesquelles on a fondé de trop grandes espérances (7). Et en somme nous ne pouvons qu'approuver cette conclusion de M. Schwartz :

« L'hystérotomie médiane antérieure vaginale l'emporte de beaucoup sur la section bilatérale du col avec deux valves antérieure et postérieure de Péan. Elle permet un accès plus facile, plus immédiat et peut se transformer plus facilement en hystérectomie totale par le vagin s'il y a lieu. »

II. Mad. Mas..., âgée de 42 ans, entre le 26 janvier 1898 dans le service du Dr Monod (8).

Cette malade ne présente rien de particulier dans ses antécédents héréditaires et personnels : depuis l'âge de 15 ans, menstruation régulière, mais abondante.

Une grossesse menée à terme il y a 10 ans.

Une fausse couche de 3 mois il y a 4 mois.

---

(1) Schwartz. De l'hystérotomie médiane antérieure vaginale appliquée à l'extirpation des polypes intra-utérins. *Semaine gynécologique*, 21 novembre 1896, n° 43, page 337.

(2) Observation prise par M. Cottet, interne en service.

(3) Schwartz. Loc. citato.

(4) Sebileau. In *Gazette médicale*, 9 janvier 1897, et Gannat, Thèse, Paris, avril 1897.

(5) Rouffart. *Bulletin de la Société belge de gynécologie*, 1897, p. 143.

(6) R. de Bovis. Société de chirurgie, fév. 1898, et *Revue générale*, corps étranger de l'utérus. (*Semaine gynécologique*, p. 92, 1898.)

(7) Cognel. L'hystéroscopie, son instrumentation, son manuel opératoire, ses résultats acquis. (Thèse de Paris, 1896, *Semaine gynécologique*, p. 72, 1897.)

(8) Observation prise par M. Cottet, interne du service.

A la suite de cette fausse couche, cette femme a souffert d'accidents péritonéaux : douleurs, ballonnement du ventre, qui l'ont forcée à s'aliter pendant 2 mois.

Depuis ces accidents, la malade a conservé un point douloureux dans le bas-ventre, du côté droit. En même temps, la menstruation est devenue irrégulière et plus abondante et des pertes blanches abondantes se sont déclarées.

Depuis 15 jours, la malade a été reprise d'accidents, semblables à ceux qu'elle a eus à la suite de sa fausse couche : douleurs intenses au niveau des annexes droites, ventre ballonné au-dessous de l'ombilic, perte de l'appétit. Ces accidents semblent avoir évolué sans fièvre.

Sur le conseil de son médecin, elle entre dans le service du Dr Monod le 26 janvier.

Le jour de son entrée, on constate que la malade a le facies pâle et fatigué d'une malade qui souffre depuis longtemps.

Le ventre n'est pas ballonné, mais il résiste un peu à la palpation dans la région sous-ombilicale. La palpation au niveau des annexes droites réveille une douleur intense. Mais on ne sent rien dans la fosse iliaque qui puisse faire penser à un processus appendiculaire.

Au toucher, on trouve un utérus gros, douloureux, peu mobile et dévié à gauche par une masse du volume du poing, arrondie, rénitente, très douloureuse à la pression, et située dans le cul-de-sac latéral droit. Cette tumeur est nettement séparée de l'utérus par un sillon.

Dans le cul-de-sac gauche, on perçoit des annexes augmentées de volume et un peu douloureuses.

Rien dans le cul-de-sac postérieur.

Etant données ces constatations, nous fîmes le diagnostic de métrite parenchymateuse avec pyo-salpinx à droite et salpingite interstitielle à gauche et l'on proposa à la malade une hystérectomie vaginale qu'elle accepta.

L'hystérectomie vaginale fut pratiquée le 1er février 1898. L'utérus vint assez facilement et l'on reconnut que non seulement il était gros, mais encore qu'il contenait de nombreux noyaux fibromateux du volume d'une noix environ.

L'utérus enlevé, on constate la présence dans le ligament large droit d'une poche dont les parois sont nettement fluctuantes. D'un coup de ciseaux, cette poche est ouverte, il s'en écoule un liquide huileux qui se fige dans le récipient où il est recueilli. Il s'agit donc d'un kyste dermoïde.

On décortique cette poche des adhérences qui l'enveloppent. La décortication se fait complètement et la poche peut être enlevée en totalité, *sans qu'on ait eu à lier de pédicule*. Aucune hémorragie ne se produit. On ne voit pas l'ovaire et la trompe de ce côté, de sorte que nous n'avons pas pu préciser le point de départ du kyste et ses rapports avec les annexes.

Les annexes gauches sont peu malades et ne sont pas enlevées.

Pansement avec des mèches de gaze stérilisée.

Les suites furent remarquablement simples. Les pinces des ligaments larges furent enlevées au bout de 48 heures, la malade guérit sans incident et quitta le service 3 semaines après l'opération.

Ce kyste, examiné macroscopiquement, contenait, en outre, du liquide huileux déjà signalé, quelques touffes de poils.

Deux points nous paraissent intéressants dans cette observation ; ce sont : 1° le siège du kyste dermoïde ; 2° la voie suivie pour l'ablation de cette tumeur.

En ce qui concerne le siège du kyste, il nous semble que les kystes dermoïdes contenus dans le ligament large soient assez rares. M. Rendu (1) qui, à propos de son cas personnel, s'est livré à des recherches bibliographiques sur ce point, ne publie que trois observations analogues (cas de Sænger, cas d'Abel, cas de Ferrand) et enfin une observation personnelle. Nous n'avons pas non plus trouvé d'observations analogues dans la thèse de Laroche (2). Raimondi (3) cite les cas de Braun, Fernwald, de Ulmann, de Lawson Tait, de J. Clay et un cas de MM. Terrier et Hartmann. En somme, cette variété de kyste est rare.

Enfin, la voie vaginale a permis ici d'enlever l'utérus en voie de dégénérescence fibromateuse et en même temps la tumeur dermoïde. Celle-ci aurait été certainement assez difficile à enlever par la voie abdominale. Outre les mémoires sur ce point de Bonnecaze (observations de Picqué), de Segond, etc., nous citerons un travail récent de M. Condamin (1) sur l'ovariotomie vaginale par la simple colpotomie, méthode qui aurait pu être suivie ici, si l'utérus n'avait pas été fibromateux.

L'examen histologique de ce kyste dermoïde sera publié incessamment par M. Lilliet à la Société anatomique.

(1) Rendu : *Kyste dermoïde du ligament large. Annales de gynécologie*, juillet 1896, page 43, et *Semaine gynécologique*, p. 230, 1896.

(2) Laroche : Des rapports des kystes de l'ovaire avec les ligaments larges. Thèse, Paris, 1896, et *Semaine Gynécologique*, oct. 1896.

(3) Raimondi : Kyste du ligament large. Thèse, Paris, 1897, et *Semaine gynécologique*, p. 167, 1897.

(1) Condamin : De l'ovariotomie vaginale. *Lyon médical*, mars 1897, et *Semaine gynécologique*, p. 105, 1897.

REVUE FRANÇAISE

Livet. — NOUVEAU PROCÉDÉ D'ÉVIDEMENT DU COL DE L'UTÉRUS. (*Revue illustrée de Polytechnique médicale et chirurgicale*. 1897, p. 38.)

Après avoir dilaté le col utérin à l'aide de tiges de laminaires, la malade étant chloroformisée et placée sur la table d'opération dans la position dorso-sacrée, l'utérus maintenu par des pinces-érignes ou des pinces de Museux, on complète, s'il y a lieu, la dilatation à l'aide des bougies d'Hegar. L'utérus est abaissé et le col amené à la vulve. Je divise le canal cervical au bistouri ou aux ciseaux par quatre incisions en croix et, en disséquant doucement, j'enlève, sur une profondeur de deux centimètres à deux centimètres et demi, sur une largeur variant avec la forme du col, les quatre pyramides triangulaires limitées par les incisions cruciales, pyramides ayant leur base en avant et en bas, leur sommet en arrière et en haut ; une partie de la muqueuse cervicale se trouve donc enlevée du même coup dans le sens de la hauteur.

Il reste une cavité conique, dont la base est large comme une pièce de deux francs, dont le sommet est à l'orifice interne dans laquelle je loge un drain de Championnière modifié comme on le verra plus loin, entouré de gaze iodoformée. J'obtiens une hémostase complète. Dans les cas ainsi opérés dernièrement j'ai pu arrêter le sang immédiatement et je n'ai pas eu d'hémorragies secondaires. On complète soigneusement le tamponnement des parties cruentées et du vagin avec la gaze sans fin à l'iodoforme. Le pansement est retiré le troisième jour ; on aperçoit autour du drain une plaie en voie de réparation large comme une pièce d'argent de vingt centimes. On lave au sublimé, on retamponne à la gaze ou on ordonne des injections antiseptiques. La vulve est recouverte de coton hydrophile.

Le dixième jour, on peut enlever le drain ; la plaie est cicatrisée ; la muqueuse du canal cervical est reconstituée, mais elle est plus étendue qu'auparavant ; l'orifice externe et le canal cervical demeurent ouverts, ainsi que j'ai pu le constater chez toutes mes opérées. L'orifice externe et le canal cervical, tapissés par une muqueuse élargie, n'ont aucune tendance à se resserrer.

Que font les autres gynécologues ? J'ai vu Peyrot et Pozzi exécuter la même opération sans s'être donné le mot, de sorte que je ne sais à qui elle appartient, bien que Pozzi la décrive dans son *Traité de gynécologie*. C'est là qu'on en trouve la description, trop longue à faire ici. Mais je dois dire que c'est une opération longue, délicate, qui laisse un canal cervical dilaté sans doute, mais entre deux valves béantes « qui n'a plus figure humaine ».

Le procédé de Makawald est une amputation du col à la façon de Schrœder (je la préfère souvent à celle de Schrœder) mais avec deux lambeaux par lèvre au lieu d'un.

Enfin le procédé de Bouilly est celui qui se rapproche le plus du mien. M. Bouilly plonge directement son bistouri dans la lèvre antérieure du col et enlève d'un seul coup une pyramide conique ; il fait de même pour la lèvre postérieure, mais il se garde bien de toucher aux parties latérales, évitant ainsi l'ouverture des gros troncs des utérines ou des utéro-ovariennes. Il tamponne ensuite à la gaze iodoformée et n'a jamais d'hémorragies secondaires.

M. Pozzi critique ce procédé, il considère qu'en plongeant le bistouri ainsi droit devant soi, on risque de blesser la vessie ou le rectum, on agit à l'aveuglette. Je ne crois pas ce reproche suffisamment fondé. Il suffit de faire attention, de diriger l'instrument et d'être adroit. Celui qui blesserait la vessie en pratiquant cette opération, ferait bien de renoncer à la chirurgie pour le reste de ses jours.

J'ai souvent employé le procédé de M. Bouilly pour enlever des fragments de lèvres malades et je n'ai eu qu'à m'en louer ; mais il ne peut servir contre la sténose du col ; il ne suffit pas en effet de diminuer plus ou moins les lèvres du col, il faut en assurer la dilatation.

Mon procédé et celui de Peyrot-Pozzi sont les seuls qui permettent d'obtenir ce résultat. Seulement le second laisse de vilaines cicatrices par l'usage des crins ou des soies et demande une habileté chirurgicale dont le mien se passe fort bien, puisqu'on peut l'exécuter, avec un peu d'habitude, en quatre coups de ciseaux. Sa seule difficulté réside dans l'hémostase. Je ne saurais trop insister sur ce point ; il faut, sous le contrôle de la vue, porter la gaze sans fin rapidement sur tous les points d'où semblent



partir les plus gros filets sanguins, l'étaler sur toute la surface cruentee ensuite, et bourrer — c'est le mot — avec force.

J'ai parlé du drain de Championnière modifié : voici pourquoi et comment j'ai été amené à pratiquer cette modification. Le drain de Championnière en caoutchouc durci a des bords trop petits, il est parfois, pour ainsi dire, avalé par l'utérus, et si l'on n'a pas le soin de le lier avec une soie laissée dans le vagin, on éprouve quelques difficultés à le retirer ; d'autres fois, au contraire, il est expulsé de l'utérus. J'ai donc fait construire par Collin des drains à bords larges — comme un chapeau de médecin de Molière — avec deux trous dans lesquels je passe deux crins que je fixe à l'utérus. Le drain ne peut plus ni entrer ni sortir, il est solidement maintenu.

En dehors du procédé que je viens de décrire, on conçoit que tout le reste doit être fait d'après les règles classiques et avec les plus grandes précautions antiseptiques.

On remarquera que dans l'application de mon procédé, la muqueuse cervicale se répare du centre vers la périphérie, de l'orifice interne vers l'orifice externe, rejoignant celle du museau de tanche et revêtant une plus grande surface qu'auparavant. Il s'agit là d'un processus de réparation analogue à ce qui se passe pour le col utérin soit après un simple accouchement, soit après une application de forceps qui aurait déchiré, arraché la muqueuse et les lèvres du col.

M. Trével. — DÉLIRES MENSTRUELS PÉRIODIQUES. (*Annales de gynécologie et d'obstétrique*, 1898, p. 224.)

Il existe une forme spéciale de troubles mentaux qui mérite d'être nettement séparée de la masse confuse des troubles neuropathiques en rapport avec la menstruation. Ce sont ces délires qui se reproduisent d'une façon périodique au moment des époques menstruelles, l'état mental de la malade restant normal dans l'intervalle des accès. C'est là une variété de psychose périodique assez rare, il est vrai, mais d'un certain intérêt clinique et pratique.

Nomenclature des psychoses menstruelles (d'après ELLEN POWERS):

A. — *Cas caractéristiques de délires menstruels.*
- a) Manie, fureur.
- b) Mélancolie, stupeur.
- c) Autres formes aiguës (délire hallucinatoire, confusion mentale).

B. — *Cas abortifs et formes de passage aux troubles menstruels simples des névropathes.*

C. — *Formes de passages entre la folie menstruelle et les vésanies simples.* (Les cas de cette catégorie sont probablement fréquents, mais insuffisamment décrits. — E. P.)

D. — *Cas caraστéristiques de délire menstruel circulaire* (*avec manie menstruelle et mélancolie intervallaire*), *forme de passage aux folies périodiques.*

E. — *Impulsions morbides apparaissant sous forme paroxystique aux époques menstruelles* (*dipsomanie, kleptomanie, impulsion au meurtre, nymphomanie, etc.*)

F. — *Paroxysmes hystériques et épileptiques.*

L'auteur rapporte l'observation d'une malade qui a été suivie cette année et qui peut être regardée comme un type de délire menstruel périodique (avec quelques particularités d'ailleurs peu importantes) et c'est à ce titre que nous la donnons ici.

Les PRODROMES des délires menstruels sont en effet nuls en général, le passage d'un état à l'autre est subit, ici ; dans d'autres cas, il peut exister une période transitoire de quelques heures à quelques jours.

Le RAPPORT entre le moment de l'éclosion du délire et l'époque cataméniale est très variable, cependant le plus souvent il y a coïncidence plus ou moins exacte. Mais on note fréquemment aussi des délires pré ou post-menstruels avec maintes variations individuelles.

Plus rarement le rapport change d'un accès à l'autre chez la même malade ; ces irrégularités peuvent se remarquer au moment où le retour complet à la santé va se produire ; mais il ne faut cependant pas voir là un signe pronostique particulièrement favorable, car telle malade en présente une ou plusieurs fois au cours de l'affection sans aucune amélioration ; bien mieux, ces irrégularités peuvent être l'annonce du passage à l'état chronique. Si l'accès délirant peut manquer pendant une ou plusieurs époques menstruelles, il arrive par contre parfois que les règles n'apparaissent pas et que cependant le délire éclate à la date prévue. Considérant que la disparition des règles ou leur irrégularité est plutôt d'un mauvais augure dans les affections mentales en général, on peut à la rigueur admettre que le phénomène qui vient d'être indiqué est d'un pronostic défavorable, cette aménorrée traduisant des perturbations fonctionnelles profondes. Nous noterons ici en passant que les périodes délirantes peuvent coïncider avec des métrorragies dans la période intervallaire ou avec des hémorragies cataméniales de suppléance, des épistaxis par exemple.

L'ACCÈS lui-même est le plus souvent un accès maniaque pur avec agitation motrice parfois extrême, excitabilité considérable, logorrée, fuite des idées ; l'agitation peut aller jusqu'à la fureur et ressemble trait pour trait à la fureur épileptique avec ses impulsions soudaines et violentes. L'absence d'hallucinations est la règle.

Les accès mélancoliques viennent en second lieu par ordre de fréquence ; ils affectent toutes les formes possibles, depuis la simple dépression mélancolique jusqu'à la mélancolie anxieuse et la stupeur ; celle-ci paraît surtout fréquente chez les individus jeunes.

Les accès de délire hallucinatoire dans le genre de ceux que présentait notre malade sont moins fréquents. Le délire hallucinatoire peut s'accompagner soit d'un état de confusion mentale, soit d'un état de stupeur hallucinatoire se rapprochant de certaines formes mélancoliques.

Les PÉRIODES INTERVALLAIRES peuvent être absolument normales ; dans d'autres cas la malade présente de légères anomalies de l'humeur, mais elle peut être aussi franchement déprimée, soit excitée, de sorte que l'on trouve ici toutes les formes comparables aux différentes folies intermittentes communes (folie circulaire, intermittente type, à double forme).

La DURÉE de chaque accès est assez inconstante ; l'accès peut durer plus ou moins que la période menstruelle elle-même : ailleurs, la longueur en diminue progressivement et parfois avec une rapidité assez grande.

Le NOMBRE des accès est très différent suivant les cas. Un délire menstruel peut se réduire à un seul accès. Il existe des cas de transition entre ces psychoses à accès unique et celles qui nous occupent ici, par l'intermédiaire de cas frustes. Il peut n'y avoir que deux accès ; le nombre peut en être au contraire indéfini. Mais il y a lieu de faire ici une remarque. Il est rare que le nombre en dépasse une année ; à partir de ce moment la chronicité est à craindre et l'on voit en effet les accès se prolonger, devenir subintrants continus ou irréguliers et l'on n'a plus sous les yeux qu'une psychose vulgaire soit continue, soit intermittente incurable typique.

En résumé, LA MARCHE de l'affection peut être rapide, prolongée ou chronique ; la maladie garde dans ce dernier cas son caractère originel de périodicité ou se transforme en une psychose chronique ou passe à la démence.

La GUÉRISON se fait de diverses manières : les accès disparaissent tout simplement, diminuent progressivement, se reproduisent à des intervalles éloignés ou perdent leur caractère cataménial avant de s'effacer complètement. Parfois il y a une sorte de crise. Dans un cas de von Krafft-Ebing les accès disparurent à propos d'une grossesse, et dans un autre, après plusieurs années de durée, à la suite d'une fièvre typhoïde. Un dernier mode de terminaison est la démence soit rapide, soit progressive.

Les SIGNES PHYSIQUES n'ont rien de caractéristique et ne peuvent qu'être énumérés. Dans nombre de cas, il existe des troubles utérins, parfois graves, déviations utérines, affections des annexes, prolapsus, fibromes ; dans d'autres cas, les troubles sont purement fonctionnels ; dysménorrée, ménorragies, métrorragies ; dans beaucoup d'observations les règles sont absolument normales.

Il faut remarquer que l'intensité des pertes de sang n'a qu'exceptionnellement un rapport net, soit direct, soit inverse, avec les troubles mentaux.

Ce ne sont là en somme que des faits particuliers non caractéristiques.

Les troubles mentaux menstruels peuvent éclater *à tous les âges*. Le maximum de fréquence a lieu de 20 à 30 ans. E. Powers a noté le début à 40 ans. On sait aussi qu'à la ménopause (cas de Bartel), chez des femmes ayant le plus souvent présenté antérieurement quelques phénomènes neuropathiques plus ou moins marqués peuvent survenir des accidents mentaux périodiques dans lesquels les périodes morbides coïncident avec les époques où la menstruation devait se produire. Bartel propose ici la dénomination de *psychoses pseudo-menstruelles climatériques*. D'autre part, les accès délirants périodiques ont été observés au moment même de l'établissement des règles. Après Delasiauve et Berthier, Schœnthal et Friedmann (1) ont récemment donné des observations de ce genre. Friedmann désigne ses cas sous le nom de *psychoses menstruelles primordiales*, qui peut être accepté pour la commodité des descriptions ; mais le seul fait de l'apparition du délire menstruel à la puberté ne suffit pas pour en faire une espèce à part, étant donnée l'identité absolue de ces faits avec les faits ordinaires. Indiquons que ces cas sont bénins. Schœnthal a revu ses malades après trois ans sans récidive (2).

(1) BERTHIER. Obs. 123. — SCHŒNTHAL. 25e Congrès des aliénistes allemands. *Arch. f. Psychiatrie*, 23. — FRIEDMANN. Psychoses menstruelles primordiales. *Münchener. med. Wochenschrift*, 1892.

(2) Chez deux malades de mon service, deux sœurs atteintes d'une forme particulière de paralysie spasmodique familiale, et actuellement dans un état de démence avancée, la maladie aurait débuté, avant tout signe physique,



Le DIAGNOSTIC ne peut être porté que grâce à la répétition des accidents mentaux à l'époque marquée ; dans certaines circonstances, il est particulièrement important de l'établir d'une façon précoce : par exemple quand la psychose survient chez une nouvelle accouchée à l'époque de la réapparition des règles ; la confusion est d'autant plus facile avec une psychose puerpérale ordinaire que la forme maniaque est là aussi la plus fréquente.

Par conséquent, en cas de folie puerpérale transitoire, on devra toujours s'assurer si ce délire coïncide avec les premières règles et prévenir l'entourage de la malade de la possibilité du retour prochain des accidents mentaux.

L'amnésie, quand elle existe, peut permettre au début la confusion avec la folie épileptique, surtout quand l'accès prend la forme de la fureur. Les délires d'emblée des dégénérées offrent tant de points de contact avec les formes simples des psychoses menstruelles, que dans bien des cas celles-ci peuvent être placées dans la même catégorie. La différence importante à faire est celle de ces cas aigus rapides avec les cas chroniques ; il n'y a pas malheureusement de signes certains qui permettent d'établir cette distinction dès le début. Il existe d'ailleurs à côté de cas francs toutes sortes de formes de passage aux autres psychoses aiguës et chroniques.

Cette variété de forme rend le PRONOSTIC difficile à établir en l'absence de caractères différentiels nets au début ; pour le poser on devra sous toutes réserves s'appuyer sur les caractères suivants : 1° Pronostic bénin quand les antécédents sont peu chargés, que l'âge est peu avancé, que les accès sont courts, les prodromes et les suites peu marqués, les époques intervallaires lucides, les signes physiques nuls, les troubles utérins fonctionnels ou physiques absents, quand, enfin, les accès diminuent d'intensité et de nombre. 2° Il n'y aurait qu'à renverser ces propositions pour établir la gravité du pronostic. Les signes de périodicité vraie et les signes d'affaiblissement intellectuel doivent être recherchés avec le plus grand soin ; il est superflu de faire de nouveau ressortir que tantôt l'intelligence reste indemne en dehors des accès et après la guérison, tantôt présente un affaiblissement plus ou moins marqué.

Le TRAITEMENT est essentiellement variable. En raison de la courte durée des accidents les malades peuvent en général être soignées dans leur familles. Dans les accès maniaques et hallucinatoires les calmants sont naturellement indiqués : le bromure de potassium, l'opium, les hypnotiques trouvent ici leurs indications ordinaires variables suivant les cas.

Dans les accès de forme dépressive et dans les périodes dépressives si fréquentes à la suite des accès maniaques, il y aura lieu de relever la nutrition et de surveiller en particulier l'alimentation.

L'hydrothérapie, les enveloppements froids, les bains devront être employés suivant les cas.

Dans les périodes intervallaires le traitement sera surtout hygiénique. Enfin on aura soin de maintenir la malade au lit à l'approche et au cours des règles. Les lésions utérines et les troubles fonctionnels fournissent leurs indications particulières.

Dans certains cas, les interventions chirurgicales peuvent être formellement indiquées, mais donnent des résultats variables. Dans l'un des cas de Krœmer, délire hallucinatoire menstruel après la castration pour ovarite, on voit se succéder les phénomènes suivants : opération en avril 1888 ; jusqu'en septembre 1888, les accès délirants se reproduisent aux époques où les règles auraient dû reparaître. Puis disparition des accès pendant 2 mois. En décembre, métrorragie abondante pendant deux jours, accompagnée d'un accès délirant de quatre jours de durée ; à partir de ce moment jusqu'en 1891 on observe des accès d'agitation plus ou moins durables avec hallucinations, coïncidant ou non avec des métrorragies. En 1892, les accès redeviennent réguliers pendant un an. Enfin tous les symptômes disparaissent, si ce n'est que la malade, d'ailleurs très débile, présente parfois une légère excitation passagère (1895).

Dans un cas de dysménorrée avec délire hallucinatoire polymorphe menstruel, l'intervention est faite à une époque où les phénomènes douloureux et les troubles mentaux sont devenus très irréguliers et ne coïncident plus spécialement avec les règles. Après la castration, l'état mental s'améliore légèrement ; enfin après divers accidents fébriles, la malade sort si bien guérie qu'elle devient surveillante en chef de clinique. Goodell, d'après Krœmer, a opéré trois malades avec deux succès et une amélioration. Ces cas sont, on le voit, certainement encourageants au point de vue de l'intervention quand il existe des lésions et des troubles fonctionnels graves, et l'opération ne devra être pratiquée qu'après une longue observation, étant donnée la guérison spontanée fréquente.

---

par des troubles mentaux consistant en accès de délire menstruel, à l'époque de la puberté. L'une d'elles présente encore des accès d'excitation, d'ailleurs irréguliers.

REVUE BELGE

C. Jacobs.— LA VOIE ABDOMINALE DANS LE TRAITEMENT DU CANCER UTÉRIN. (*Bulletin de la Société belge de gynécologie et d'obstétrique*, 1897, p. 131.)

Les tristes résultats curatifs donnés par l'hystérectomie vaginale dans le traitement du cancer utérin, résultats observés par la généralité des chirurgiens, laissent le champ largement ouvert à toute tentative nouvelle ayant pour but la cure radicale de cette triste affection, si tant est que nous puissions conserver l'espoir d'arriver à cette cure par la chirurgie. J'ai lu avec intérêt les travaux publiés dans notre *Bulletin* par notre regretté confrère, le Dr Cittadini (1) ; dans le *Journal Médical*, par le Dr Rouffart (2). Tous deux préconisent la voie haute de préférence à la voie vaginale dans les cas de cancer du col opérables, c'est-à-dire les cas présentant les conditions opératoires requises et admises pour tenter l'opération avec chances de succès. J'avais, à différentes reprises, choisi la voie haute dans des cas de l'espèce, mais les résultats malheureux obtenus (récidives rapides, décès post-opératoires) me faisaient considérer l'opération abdominale dans le cancer utérin comme intervention d'exception. Depuis juillet, de parti pris, j'ai choisi la haute, et sur 9 interventions j'ai obtenu 9 guérisons opératoires. Un des cas est décédé trois semaines après l'opération, à la suite de pneumonie double.

Je range parmi ces 9 cas, 2 cas de cancer avec fibromes utérins (unique ou à noyaux multiples), 7 cas de cancer du col.

Avant de donner les conclusions pratiques que je puis tirer de cette expérience, je tiens à reprendre en détails les observations :

I. — X..., 43 ans, Ipare. Souffrante depuis quatre ans, métrorragies irrégulières depuis un an. A subi, en février 1896, l'amputation du col pour endométrite du col. Les métrorragies ont débuté trois mois après. Pertes purulentes, fétides depuis quatre mois. Amaigrissement et insomnies. Le col est épithéliomateux, très court. Le corps est englobé dans des masses annexielles irrégulières, remplissant le pelvis.

Opération le 12 janvier 1897. La masse utéro-annexielle est constituée par un énorme abcès de l'ovaire droit adhérent aux organes pelviens. Les annexes gauches sont sensiblement normales. L'abcès ovarien s'ouvre pendant les manœuvres d'extraction.

Manuel opératoire décrit déjà dans nos *Annales*. Le vagin est sectionné dans son 1/3 supérieur. Le tissu cellulaire qui entoure les vaisseaux iliaques est farci de ganglions lymphatiques plus ou moins volumineux. Leur extraction nous paraissant très dangereuse, vu leur situation, nous terminons l'opération par la reconstitution du plancher pelvien.

L'opération a des suites normales. Cependant, vu l'épuisement de l'opérée, nous lui administrons environ 1,000 grammes de sérum artificiel.

Trois semaines après l'opération, pneumonie double qui emporte la malade en 48 heures.

II. — X.., 46 ans, VIpare. Menstruation régulière, peu abondante, peu douloureuse. Perd du sang depuis cinq mois à intervalles irréguliers. Les pertes sont inodores. Ne dit ressentir ni douleurs abdominales, ni douleurs lombaires. Constipation habituelle. Le col est épithéliomateux, culs-de-sac vaginaux libres. Corps petit, très mobile. Annexes normales. Ligaments larges, au toucher, paraissent sans lésions.

Opération le 14 septembre 1897. Très simple. La paroi vaginale antérieure est réséquée dans son 1/3 supérieur. Le ligament large gauche est indemne d'engorgement ganglionnaire. Le ligament droit présente de nombreux ganglions ; nous parvenons à en extraire quelques-uns. Fermeture du vagin et du péritoine. Guérison opératoire.

Le 14 novembre, la malade nous revient avec récidive dans le pelvis.

III. — X..., 51 ans, IIIpare. Fait remonter l'affection au début de 1897. Menstruée tous les quinze jours. Une seule métrorragie, il y a un mois. Pertes blanches abondantes, aqueuses. Amaigrissements et douleurs pelviennes. Col épithéliomateux avec légère entreprise du cul-de-sac vaginal antérieur. Corps très mobile, volumineux ; annexite droite, ligaments larges semblent sans entreprise.

Opération le 21 novembre 1897. Hématosalpinx droit, non adhérent. Le corps utérin présente trois ou quatre noyaux fibreux assez volumineux. Nous en énucléons deux avant l'hystérectomie afin de déblayer le terrain. Opération relativement facile. La paroi vaginale antérieure est réséquée largement. La base du ligament

---

(1) CITTADINI. — Convient-il d'intervenir pour cœliotomie abdominale dans l'hystérectomie pour cancer du col. (*Annales de la Société Belge de Gynécologie*, 1897, n° 5).

(2) ROUFFART. — Du choix de l'intervention dans le traitement du cancer utérin. *Journal Médical*, 1897, n° 48, p. 590.)



large droit est évidée des quelques ganglions que nous y trouvons. Le ligament gauche ne présente rien d'anormal. L'opération est terminée par la fermeture du vagin et du péritoine.

Cinq semaines après l'opération, la malade présente déjà un début de récidive vaginale.

IV. — Y..., 40 ans, IVpare. Se dit souffrante du ventre depuis neuf ans. Métrorragies depuis huit ans. Pertes blanches abondantes depuis deux ans. Les douleurs sont continues, pelviennes et lombaires. Dépérissement général. Menstruation régulière, peu abondante, indolente. Le col est épithéliomateux avec entreprise légère des culs-de-sac gauche et antérieur. Corps de volume normal en rétroversion. Annexes et ligaments normaux.

Opération le 2 novembre 1897. Le vagin est réséqué dans toute sa portion entreprise. Nous renonçons à enlever les ganglions situés très haut dans les ligaments larges à cause de leur situation dangereuse sur les vaisseaux iliaques. L'opération est terminée par la fermeture du vagin et du péritoine.

Suites normales.

A la fin de novembre, la voûte vaginale, sans présenter de lésions à la vue, est dure au toucher, sensible et très vascularisée. Nous sommes persuadés que la récidive sera des plus rapides.

V. — X..., 32 ans, de Montréal (Etats-Unis), nullipare. Dit être souffrante depuis dix ans ; a été soignée aux Etats-Unis pour péritonite. A été opérée d'amputation du col à Montréal, le 26 mai 1897. Pertes blanches abondantes sans odeur. Règles régulières assez abondantes, indolentes. Amaigrissement.

Col très hypertrophié avec traces d'amputation. Les lèvres sont épithéliomateuses ; corps petit, mobile. Annexes normales. Ligaments larges paraissant sains.

Opération le 30 octobre 1897. Sans incident. Le vagin est réséqué dans son 1/3 supérieur. Il existe un noyau d'infiltration à la base du ligament large droit. Il est impossible de l'enlever à cause de sa situation autour de l'artère utérine. L'opération est terminée sans drainage.

Guérison sans incident. La malade, au début de décembre, ne présente aucune lésion vaginale ; elle accuse quelques douleurs pelviennes persistantes.

VI. — Y..., 67 ans, IIpare. Malade depuis huit mois. Ménopause depuis douze ans. Hémorragies vaginales continues depuis quelques mois. Douleurs pelviennes et en ceinture, avec irradiation dans les membres inférieurs. Pas de pertes blanches. Grand amaigrissement. Miction et défécation normales.

Opérée le 2 novembre 1897. En refoulant la vessie, nous y pénétrons par une ouverture d'environ 4 centimètres, que nous refermons au moyen de quelques points au catgut. L'opération est rapidement exécutée sans autre incident. Résection d'une partie du vagin. Terminaison sans drainage. Quelques ganglions sont laissés en place dans les ligaments larges à cause de leur adhérence intime aux vaisseaux pelviens.

Guérison opératoire retardée par une assez grande escharre du sacrum.

Actuellement, aucune trace de récidive.

VII. — X..., 40 ans, IIpare. Se dit malade depuis trois semaines seulement. Perte sanguine abondante intermenstruelle. Peu de pertes blanches. Pas de douleurs abdominales. Douleurs lombaires. Santé florissante. Il y a trois ans, a subi un traitement prolongé local pour érosion du col. Col très hypertrophié sans entreprise de la muqueuse vaginale. Corps à parois épaisses, très mobile. Annexes prolabées et adhérentes dans le Douglas.

Opération le 25 novembre 1897. Le col est entrepris jusqu'à l'orifice interne. Le dégagement de la vessie est assez laborieux. Il est également difficile d'isoler les utérines. Le col est finalement enlevé dans son entier avec une large partie de la paroi vaginale. Dans le ligament large droit, j'enlève deux énormes ganglions placés sur les vaisseaux iliaques. Je renonce à les enlever dans le ligament large gauche à cause de leur situation scabreuse.

Terminaison sans drainage.

Guérison opératoire.

VIII. — X..., 36 ans, IIpare. Pertes blanches fétides depuis un an. Pertes sanguinolentes intermenstruelles. Menstruation régulière, abondante. Amaigrissement. Col en chou-fleur, énorme, du volume d'une orange, saignant facilement. On atteint difficilement le Douglas. Les autres culs-de-sac sont sains. Corps augmenté de volume, très mobile. Annexes saines. Le toucher ne renseigne rien au sujet de l'intégrité des ligaments.

Opération le 1er décembre 1897. Avant de réséquer le col, je dégage deux énormes ganglions situés au niveau de l'articulation sacro-iliaque droite. L'artère iliaque est intéressée dans la gaine des ganglions. Les mêmes lésions existent à gauche, mais le péritoine, à leur niveau, est entouré par le néoplasme. Nous renonçons à tenter leur extraction.

Extraction du col et ablation d'une portion de la paroi vaginale postérieure.

Terminaison sans drainage.

Guérison opératoire.

IX. — Y..., 57 ans, nullipare. *Virgo intacta.* Souffrante depuis quelques mois. Métrorragies profuses alors que la ménopause est établie depuis l'âge de 48 ans. Douleurs continues dans le bas-ventre. Toucher vaginal impossible. Par le toucher rectal, on perçoit un gros fibrome sous-péritonéal longuement pédiculé. Le col semble normal. Rien aux annexes.

Opération le 17 février 1897. Ablation-sus-vaginale. Utérus assez volumineux portant implanté sur sa face postérieure un gros fibrome, atteint de dégénérescence calcaire. Nous bornons l'opération à l'amputation sus-vaginale à cause de l'impossibilité de désinfection du vagin chez une *virgo intacta*. Aucun ganglion dans les ligaments larges. Annexes saines. Terminaison sans drainage, le col est suturé et recouvert de péritoine. En disséquant la pièce, nous nous apercevons que la muqueuse utérine corporéale est atteinte de dégénérescence cancéreuse avancée. Guérison opératoire. La santé est encore excellente en décembre 1897.

Il me reste *actuellement* de l'enseignement que je puis déduire de ces différents cas la conviction que la voie haute, pas plus que la voie vaginale ne pourra nous donner de résultats curatifs dans le traitement chirurgical du cancer utérin, *tant que nous serons appelés à intervenir aussi tardivement*. La constation que nous avons faite de l'existence de chaînes ganglionnaires pelviennes très étendues dans presque tous nos cas, alors que l'examen attentif n'avait pu nous en déceler traces, nous explique pourquoi les résultats curatifs de l'hystérectomie vaginale sont si décevants. Le champ opératoire dans l'intervention vaginale est forcément limité à l'utérus, aux annexes, et, pour quelques opérateurs (tel Pavlick), au tissu cellulaire des ligaments larges. Ceux qui connaissent la voie vaginale ont pu se rendre compte de la difficulté de l'évidement pelvien par cette voie ; il est évident que, *dans aucun cas*, on ne pourra parvenir à enlever les ganglions haut situés sur les vaisseaux iliaques, ni le tissu cellulaire voisin. Aussi sommes-nous persuadés que *l'hystérectomie vaginale ne peut donner la guérison dans le cancer utérin, qu'elle ne doit plus être considérée que comme opération palliative, au même titre que le curettage, la cautérisation des tissus entrepris, l'amputation du col* ; et de ces opérations non radicales, le curettage est de beaucoup préférable, car il donne au praticien la possibilité d'intervenir à nouveau dès que les accidents se représentent, laisse aux malades jusqu'à la fin l'illusion d'une guérison prochaine. Nous avons tous regretté notre impuissance absolue en présence des récidives qui se font après l'hystérectomie vaginale !

Nous constatons dans nos observations des récidives aussi rapides que celles que nous publiions dernièrement après nos opérations vaginales. Ces résultats devaient être tels, les mêmes causes donnant les mêmes effets.

Si, dans chacun de ces cas, nous avons trouvé notre intervention justifiée, c'est que nous avons noté la parfaite mobilité de l'utérus, la non entreprise du vagin, *l'intégrité des ligaments larges au toucher*. La cœliotomie nous a démontré que les ganglions pelviens ne peuvent être que très rarement diagnostiqués. Or, pas plus dans le bassin que dans d'autres régions, le chirurgien ne peut espérer la cure du cancer, s'il doit borner son opération à l'ablation du néoplasme et abandonner dans l'organisme des chaînes de ganglions entrepris. Si nos moyens d'investigation ne nous permettent pas de déceler leur présence, nous interviendrons comme nous l'avons fait, et nous serons forcés de faire des opérations incomplètes, inutiles dans l'espèce.

Il semble évident, d'après cette petite série opératoire, que nos moyens d'investigation sont insuffisants pour nous laisser persister dans la légitimité de l'opération radicale. Mieux eût valu, dans presque tous ces cas, n'intervenir que par de petites opérations palliatives.

Si les malheureuses pouvaient venir à nous tout au début de l'affection, lors de la première hémorragie, alors que les ganglions sont indemnes ou à peu près, j'estime que l'opération haute, suivie de l'ablation de tous les lymphatiques péri-utérins et iliaques, doit donner des résultats sinon curatifs absolument, au moins forcément meilleurs que les opérations actuellement en vogue et qui ne sont rien moins que radicales.

Un argument pourrait faire reculer les chirurgiens : le danger opératoire. Nous avons prouvé par une récente statistique (un décès opératoire sur quatre-vingts cas), M. Rouffart par ses résultats, que cette castration totale par l'abdomen n'offre pas plus de danger que celle pratiquée par les voies naturelles. Nous considérons cette opération comme étant très simple et mettant, dans la plupart des cas, le chirurgien à l'abri de toute surprise opératoire, de tout incident post-opératoire.

Mais, d'autre part, nous tenons à insister sur les indications bien limitées de cette intervention aux cas de cancer au début. En intervenant trop tard on se trouve, comme dans les cas que nous détaillons plus haut, en présence de lésions telles, qu'on préférera leur abandon aux dangers qu'amènerait leur ablation. De telles interventions amènent le chirurgien à ces extrémités de ligatures des vaisseaux iliaques (Pryor), manœuvres qui rendent l'opération des plus dangereuses sans rien ajouter au bénéfice curatif à espérer.



Un dernier argument en faveur de la voie haute est la facilité grande que le chirurgien trouve à réséquer une partie plus ou moins large des parois vaginales, résection toujours plus difficile et plus laborieuse par l'opération vaginale.

Nous résumerons notre pensée en affirmant, avec M. Rouffart, la bénignité de l'opération abdominale, sa légitimité dans le cancer du col. L'opération FAITE AU DÉBUT DE L'AFFECTION laisse espérer une survie plus longue, une guérison plus radicale que *l'hystérectomie vaginale, qui ne peut donner de résultats curatifs, comme le prouvent toutes les statistiques.* Cette opération abdominale comprend la castration utéro-annexielle, la résection large du vagin et l'évidement des ligaments larges.

Discussion.

M. ROUFFART. — Quoique M. Jacobs ait suivi les indications posées par moi dans le *Journal médical*, il a cependant opéré tardivement, puisqu'il y avait des ganglions nombreux entrepris dans le bassin. Dans ces cas, par la voie vaginale, le résultat eût été sensiblement le même, les ganglions continuant à évoluer. Un fait reste acquis, c'est que, d'après M. Jacobs, le pronostic n'est pas plus grave pour l'hystérectomie abdominale que pour l'hystérectomie vaginale, et cela résulte de la statistique des cas qu'il vient d'opérer. Dans ces conditions, je persiste à croire qu'il est plus chirurgical de prendre la voie haute, qui permet de tout enlever, du moins tout ce qui est entrepris, que d'opérer par le vagin : le champ opératoire étant forcément limité par cette voie. Faut-il toujours opérer par l'abdomen ? Oui, quand on peut espérer enlever tous les tissus entrepris par la néoplasie. Quant à l'avantage qu'il y aurait à pouvoir plus facilement enlever un lambeau du vagin en opérant par cet organe, j'ai pu, dans le premier cas rapporté par Cittadini, enlever par l'abdomen une portion cancéreuse de cet organe. Quant à la statistique actuelle, l'opération est trop récente pour qu'elle puisse nous renseigner sur la valeur thérapeutique de la voie haute.

Ma pratique ne m'a pas donné les mêmes résultats qu'à M. Jacobs : j'ai vu des carcinomes envahissant le col utérin sans pouvoir découvrir des ganglions dans le bassin. S'il était vrai qu'à toute époque il y a des ganglions dans *tout* le petit bassin, il y aurait contre-indication à l'hystérectomie, quelle que soit la méthode à suivre.

M. KEIFFER. — Les trois cas de cancer utérin les plus favorables que j'ai pu observer et opérer d'hystérectomie vaginale totale concernaient des Femmes chez lesquelles l'ulcération maligne ne dépassait pas la grandeur d'une pièce d'un franc et siégeait au col. L'examen microscopique préalable avait été nécessaire, même pour assurer le diagnostic. Les malades étaient robustes et n'accusaient aucun symptôme général de l'affection, ni aucune extension ganglionnaire appréciable du côté des ligaments larges.

Nos trois malades ont néanmoins succombé par récidive dans l'année qui a suivi l'intervention, et cela avec une rapidité d'autant plus grande qu'elles étaient jeunes.

M. ROUFFART. — Dans ces cas, il n'est pas douteux que des tissus cancéreux ont été laissés en place. Ce qu'il faut avoir pour but, c'est de faire l'opération la plus complète, et certainement, en suivant cette idée, la laparotomie est préférable à l'hystérectomie vaginale. Il faut : ou laisser, de parti pris, les ganglions lymphatiques et recourir à la voie vaginale, ou bien chercher à enlever la totalité de la lésion, et alors la voie haute peut seule le permettre.

M. KEIFFER. — M. Jacobs nous dit : « S'il était possible d'enlever les ganglions du petit bassin par la voie abdominale, nous pourrions améliorer sensiblement le pronostic et retarder la récidive, sinon l'éviter ». A cela je ne puis m'empêcher de répondre que je considère la chose comme matériellement impossible. Je défie qui que ce soit d'enlever tout le tissu lymphatique du petit bassin, même en y mettant le temps et sur le cadavre, *a fortiori* au cours d'une laparotomie. Or, vous ne pouvez pas être satisfait de votre intervention après avoir enlevé par dissection quelques ganglions à droite et à gauche. Vous savez très bien que le système lymphatique, qui semble être la voie de propagation du néoplasme malin, n'est pas représenté que par quelques ganglions, qu'il y en a d'inappréciables au toucher, que les vaisseaux lymphatiques qui les relient entre eux sont innombrables, et qu'une fois les ganglions enlevés, ces vaisseaux restent avec leur contenu, leurs éléments chimiques et leurs cellules, autant de germes de récidive qui rendent l'opération illusoire quelle que soit l'habileté de celui qui l'entreprend.

M. JACOBS. — Avec une telle conviction je ne comprends pas que vous ayez fait les hystérectomies dont vous avez parlé tantôt.

M. KEIFFER. — J'ai tenté ces opérations à une époque de la maladie où elles étaient faciles et où elles me donnaient toutes les chances de longue survie. Le résultat a cependant été désastreux. Je me demande alors si, la récidive étant fatale, des opérations de dissection du petit bassin, aussi longues et aussi graves, et forcément incomplètes, sont justifiées.

M. JACOBS. — Les objections théoriques de M. Keiffer ne m'entraîneront pas. J'estime, *actuellement*, avec M. Rouffart, que nous DEVONS avoir recours à la voie abdominale, sous certaines conditions, parce qu'elle nous permet d'intervenir plus radicalement et, par suite, d'espérer des guérisons là où aucune thérapeutique n'a réussi jusqu'à ce jour. L'avenir nous dira si nous avons raison, mais ne condamnons pas une intervention qui nous ouvre une voie nouvelle, alors que actuellement nous sommes absolument désarmés, quelque beaux que soient les résultats publiés pas certains chirurgiens.

Je puis vous citer un fait qui vient confirmer les données que je vous exposais tantôt. J'eus l'occasion, au récent Congrès de Moscou, de demander à M. le professeur Olshausen, de Berlin, comment il expliquait les résultats, si encourageants, obtenus par lui avec l'hystérectomie vaginale dans le cancer utérin, alors que nos résultats sont si déplorables. (J'avais vu à Moscou une malade opérée par le professeur Olshausen huit ans auparavant et toujours en bonne santé.) Le professeur me dit que, d'après lui, nos tristes résultats dépendaient uniquement du fait que, chez nous, les malades atteintes de cancer ne se font opérer qu'après avoir tenté tous les moyens médicaux empiriques pour se guérir, tandis qu'en Allemagne, l'éducation gynécologique de la Femme est telle, qu'elle va au spécialiste à la première alerte.

Nous partageons tous cette manière de voir ; nous sommes persuadés qu'en opérant au début du cancer et aussi radicalement que possible, nous arriverons à des guérisons.

M. ROUFFART. — Tout d'abord la récidive est-elle fatale et n'est-ce pas le procédé opératoire qui rend la récidive rapide et inévitable. Des cas de non récidives du cancer du sein ont été constatés ; pourquoi n'en serait-il pas de même pour l'utérus ? M. Jacobs vient d'accorder que le pronostic opératoire n'est pas plus grave, quelle que soit la voie choisie dans l'hystérectomie pour le cancer utérin. Dans ce cas, il faut s'adresser au manuel opératoire qui nous permettra d'enlever le mieux possible les tissus malades. La grande objection est la difficulté de l'opération, mais cette objection tombera du jour où nous aurons fait un certain nombre de ces opérations. D'ailleurs, il s'agit d'aller à la recherche des ganglions malades, comme cela se fait pour le sein, et non pas de rechercher tout le système lymphatique du petit bassin. Une malade qui porte une tumeur cancéreuse se présente ; faut-il l'opérer ? Je réponds oui, et je dis qu'il faut pratiquer l'opération la plus complète possible et, en me basant sur ce principe, j'aurais plus souvent recours à la voie haute qu'à l'intervention vaginale.

M. DEBAISIEUX. — Je n'ai pu me résoudre, jusqu'à présent, à pratiquer, pour un épithélioma peu avancé du col utérin, l'hystérectomie totale par la voie abdominale : une seule raison m'arrête, c'est la considération du grand danger de l'opération, comparée aux faibles avantages qu'ils est permis d'en attendre.

M. Jacobs vient de nous dire, il est vrai, qu'il a pu faire l'opération neuf fois avec huit succès immédiats, mais il a ajouté que devant l'envahissement très étendu du système lymphatique, il avait dû renoncer à l'extirpation de tous les ganglions malades. Dans ces conditions, les huit succès opératoires de M. Jacobs ne m'étonnent plus. Mais je ne crois pas que l'on puisse s'attendre à d'aussi beaux résultats si l'on pratique l'opération comme le veut M. Rouffart, c'est-à-dire si l'on enlève tous les ganglions lymphatiques dont l'augmentation de volume trahit l'envahissement par le néoplasme ; pour atteindre ce but, il faudra inciser en divers endroits le péritoine pelvien, mettre à nu les vaisseaux iliaques, poursuivre le long de ces vaisseaux la chaîne des ganglions et l'opération ainsi comprise ne sera pas sans entraîner une importante mortalité. Or, c'est là précisément ce qui me fait reculer. J'hésite à faire courir à mes malades des risques considérables en vue d'un résultat qui, de l'avis de tout le monde, ne sera presque toujours qu'un résultat palliatif, une guérison de quelques mois. Je ne demanderais pas mieux que de pouvoir imiter la conduite de M. Rouffart. Je le ferai certainement le jour où notre collègue viendra, avec des faits de sa pratique, me prouver que je me trompe, et sur la gravité de l'acte opératoire, et sur les résultats définitifs que l'on peut en retirer.

M. ROUFFART. — Je comprends les scrupules de M. le Président Debaisieux. Nos faits sont peu nombreux. Depuis la séance de juillet, j'ai opéré sept fois par la laparotomie dans le cancer utérin et j'ai eu deux décès ; mes cinq opérées vivent encore et sans récidive. Je n'ai pas encore assez de cas pour faire une statistique complète, car je crois que le pronostic opératoire s'améliorera encore. De plus, M. Debaisieux me paraît croire que je suis partisan de l'intervention dans les cas où tout le petit bassin est entrepris ; or, je fais l'opération par la voie haute dans les cas de cancer au début. J'estime que c'est à cette période qu'il faut chercher à enlever toute la néoplasie avec le territoire lymphatique



entrepris. Quand l'utérus est immobilisé, que tout le petit bassin est entrepris, il est trop tard, et c'est alors un traitement palliatif qu'il faut instituer. C'est à cela que les indications telles que je les comprends diffèrent des indications des chirurgiens américains qui, à mon avis, ont trop tard recours à la laparotomie. En résumé, j'irai par la voie haute quand je croirai pouvoir enlever ainsi tous les ganglions, tous les tissus entrepris ; je réserve la *voie* vaginale pour le premier indice de cancer pour l'opération faite comme en Allemagne, au plus léger symptôme, et les autr. s cas de cancer utérin sont du domaine du traitement palliatif.

S. Frederiq. — PERFORATIONS ET PSEUDO-PERFORATIONS UTÉRINES. (*Bulletin de la Société belge de gynécologie et d'obstétrique*, 1898, p. 166.)

Dans ces derniers temps, différents auteurs se sont occupés à nouveau des perforations et des pseudo-perforations produites par l'introduction d'instruments dans la matrice, à l'occasion du curettage de celle-ci.

Oscar Beuttner (1), de Genève, relate deux cas qu'il considère comme des exemples de pseudo-perforation. Cette opinion est combattue par Georges Courant (2), de Breslau, qui croit, lui, bel et bien, dans les cas incriminés, à de vraies perforations mal interprétées.

Ayant rencontré nous-mêmes, à différentes reprises, les deux phénomènes de perforation et de pseudo-perforation, lors du curettage utérin, nous croyons pouvoir apporter quelques éclaircissements sur le mode de production de ces phénomènes.

Parlons, en premier lieu, des pseudo-perforations.

Pozzi (3), dans son *Traité de Gynécologie*, page 235, semble ne pas admettre la possibilité d'une paroi atone et flasque, se laissant déprimer outre mesure par un instrument introduit dans sa cavité. Pour notre part, nous croyons cette assertion par trop absolue. Déjà, en 1892 (4), nous avons publié des observations probantes, à notre avis, de ces pseudo-perforations. Nous ne parlerons pas ici du passage de la curette ou de tout autre instrument dans les trompes dilatées ; sans nier la possibilité d'un tel passage, nous le croyons plutôt rare. Mais, combien de fois n'avons-nous pas été à même d'observer, dans les cas d'avortement avec rétention placentaire, ce relâchement local des parois utérines. Pendant le curettage, tout d'un coup on sent l'instrument glisser jusqu'au manche dans la profondeur de la cavité ; retiré de quelques centimètres, et dirigé dans une autre direction, cet instrument rencontre un plan beaucoup plus résistant à une profondeur beaucoup moindre. Après expulsion des débris placentaires, le muscle utérin ayant reconquis, presque subitement, sa tonicité normale, ne permet plus cette distension exagérée. Nous ne pouvons pas admettre que, dans ces cas, il y ait eu chaque fois perforation utérine vraie ; la malchance aurait été par trop grande ; en outre, dans tous ces cas, même après lavage copieux de la cavité utérine au sublimé, aucun symptôme de perforation n'a pu être relevé. Du reste, nous avons eu l'occasion de constater l'intégrité du muscle utérin après curettage et pseudo-perforation, chez une patiente que nous avions curettée et que nous nous sommes vu obligé d'hystérectomiser pour salpingo-ovarite douloureuse. Nous sommes donc en droit d'admettre la pseudo-perforation.

Dans quelles circonstances se produit-elle ?

Dans tous les cas où le doute n'était pas possible et où la vraie perforation devait être exclue, invariablement, nous avons été en présence de matrices contenant encore des débris d'avortement incomplet. Sans exception, la curette s'enfonçait en refoulant des parties souvent voisines, mais situées toujours en dehors de l'insertion placentaire. Il faut donc, pour que ces pseudo-perforations se produisent, un état morbide du muscle utérin. Nous doutons fort qu'elles puissent se rencontrer dans les cas de simple endométrite sans fausse couche préalable, nous ne l'avons du moins jamais rencontré dans ces conditions.

Quant aux perforations vraies, elles sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne se l'imagine. Le plus souvent elles se produisent au moment de la dilatation. Les dilatateurs, franchissant difficilement l'orifice interne, peuvent facilement faire fausse route sans que l'opérateur s'en aperçoive.

Un des premiers numéros ayant perforé le muscle utérin au niveau de l'orifice interne, les autres suivent le même chemin et dilatent progressivement l'ouverture de la perforation, au lieu de dilater l'orifice interne : on s'en rend d'autant moins compte, lorsqu'on n'est pas habitué au curettage, que les deux sensations sont à peu près les mêmes. Il sera donc à recommander de pousser le dilatateur jusqu'au fond de la matrice pour bien se rendre compte de la résistance de celui-ci, et de la profondeur à laquelle chaque dilatateur s'enfonce ; dès que cette profondeur ne sera plus en rapport avec la longueur primitive de la matrice obtenue par le palper bimanuel, l'opérateur aura à se méfier et à redoubler d'attention pour reconnaitre ou éviter une perforation vraie.

Ce qui peut arriver encore, c'est que le premier dilatateur passe par l'orifice interne en éraillant les fibres musculaires au niveau de cet orifice, les numéros suivant, plus épais, augmentant l'éraillure, peuvent produire une vraie déchirure, sans pour cela pénétrer dans cette solution de continuité, ce que peut très bien faire à son tour le dilatateur suivant. Il suffit alors d'un peu d'inexpérience ou d'inattention de la part du praticien pour continuer la dilatation de la déchirure. Ceci se produit le plus souvent lorsqu'on a affaire à un col profondément délabré, là où les cicatrices atteignent ou dépassent l'orifice interne.

Autre possibilité : la dilatation du col a été complète avec un peu d'éraillure, sans que les dilatateurs aient fait fausse route, la sonde, la curette, ou même l'écouvillon, introduits après curettage, passent par la déchirure et peuvent occasionner des désastres péritonéaux.

Nous avons assisté un jour à un curettage fait dans toutes les règles de l'art, la curette avait très soigneusement débarrassé la matrice de ses fongosités, le lavage intra-utérin au sublimé n'avait rien fait prévoir d'anormal, lorsque l'écouvillon introduit avec un peu plus de difficulté peut-être, ramena un débris de membrane assez long, qui fut reconnu, après analyse au microscope, comme appartenant au péritoine. La patiente du reste, fut atteinte immédiatement après l'opération, de pelvi-péritonite avec exsudat péri-utérin (forte fièvre, vomissements, etc.) et eut de la peine à se rétablir.

Nous-même, nous effectuâmes un jour un curettage qui nous parut se passer normalement, jusqu'au moment où nous nous aperçûmes que la quantité de liquide introduit dans la matrice par la sonde intra-utérine, n'était pas en rapport avec le liquide expulsé par l'orifice de la sonde restée en dehors du col. Nous arrêtâmes alors l'afflux du liquide sans retirer la sonde, et quelle ne fut pas notre surprise de voir pendant plusieurs minutes un reflux de liquide sortir de l'orifice extra-utérin de la sonde. L'instrument avait donc fait fausse route et la solution de sublimé qu'on croyait injecter dans la matrice, avait passé en très grande quantité dans la cavité péritonéale ! La patiente présenta des symptômes de péritonite et d'intoxication mercurielle assez prononcés, mais heureusement très passagers. Si au moment de cesser l'irrigation intra-utérine, ou, plutôt que nous croyons telle, nous avions retiré la sonde, nous ne nous serions pas aperçu du passage du liquide dans la cavité péritonéale et nous aurions eu à déplorer un désastre sans aucun doute.

Non seulement les vraies perforations peuvent se produire après curettage par l'introduction de la sonde ou de l'écouvillon, mais elles peuvent également se produire lors des pansements consécutifs avec lavage intra-utérin, si ceux-ci sont faits peu de jours après l'opération ; nous en avons vu des exemples.

Nous croyons pouvoir tirer de ces quelques considérations les conclusions pratiques suivantes : Se défier des cols profondément déchirés au moment de la dilatation ;

S'abstenir de tout lavage intra-utérin dès que l'on soupçonne une perforation même fausse ;

Ne jamais retirer la sonde de la matrice pendant l'afflux du liquide, mais au contraire, la laisser en place pendant quelques instants après fermeture du robinet, jusqu'à ce que plus une goutte ne revienne ;

Ne faire de pansements consécutifs que plusieurs jours après l'opération, et ne les faire seulement que dans les cas ou ceux-ci sont absolument indiqués ;

Ne pas écouvillonner là où l'on craint une éraillure du muscle utérin.

(1) *Centralblatt für Gynäkologie*, 1897, n° 42.

(2) *Centralblatt für Gynäkologie*, 1897, n° 48.

(3) Troisième édition.

(4) D. S. FREDERIQ : A propos du cathétérisme de la trompe de Fallope (*Annales de la Société de Médecine de Gand*), 1892.)

Tout ouvrage dont il sera envoyé deux exemplaires sera annoncé et analysé s'il y a lieu.

R. PICHEVIN, *Directeur-Gérant.*

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE DAIX FRÈRES.
Maison spéciale pour Journaux et Revues.



SOMMAIRE

KYSTES WOLFFIENS DE LA VULVE

Par R. PICHEVIN et Léon WEBER.

A côté des kystes par rétention, qui se produisent si fréquemment dans les nombreuses glandes de la vulve, il existe d'autres formations kystiques, très intéressantes au point de vue clinique et anatomique, qui peuvent tirer leur origine des restes atrophiés de la vie embryonnaire.

Nous avons vu presque simultanément, à Necker, il y a deux ans, deux cas de kystes vulvaires, qui présentaient quelques caractères spéciaux. S'agissait-il dans les deux cas de productions kystiques d'origine Wolffienne ?

Cette question était d'autant plus intéressante à résoudre qu'elle touche un point encore controversé, celui de savoir si les restes persistants des canaux de Wolff peuvent s'observer au niveau du vestibule et donner lieu à des kystes analogues à certains kystes vaginaux. Aussi avons-nous fait photographier les parties génitales des deux malades qui avaient toutes les deux du côté gauche un kyste vulvaire de volume à peu près semblable et avons-nous examiné avec le plus grand soin, au point de vue histologique, les deux parois kystiques.

*
* *

Les kystes congénitaux du vagin ne sont pas exceptionnels à en juger par les cas publiés par Klebs, Schrœder, Poupinel, Johnston, Boursier, etc. Mais ce fut *J. Veit* (1867) (1) qui, le premier, a émis l'hypothèse que certains kystes vaginaux proviennent des vestiges du canal de Wolff. La théorie de Veit a été admise par tous les gynécologistes. Par contre, l'accord n'est pas fait, comme on le verra, sur l'origine des kystes développés au niveau du vestibule et de la partie supérieure de la vulve.

Dans cette note, nous n'avons pas l'intention de faire l'histoire de tous les kystes développés au niveau de la vulve. Nous en éliminons un grand nombre pour n'en retenir que quelques-uns qui nous semblent offrir un certain intérêt au point de vue pathogénique.

Nous examinerons quelques observations de tumeurs kystiques qui semblent provenir des débris du corps de Wolff. A côté de ces tumeurs, il en est d'autres qui s'en rapprochent par leur siège, leur volume, leur aspect, leur évolution clinique, mais qui en diffèrent par leur structure et par leur origine. Nous voulons parler des kystes développés aux dépens des canaux de Skene.

1° KYSTES WOLFFIENS DE LA VULVE

A. Kystes à épithélium cilié.

OBSERVATION I. (Personnelle.)

Marie P..., 48 ans, entre à l'hôpital Necker, service du Professeur Le Dentu, le 29 juillet 1896.

La malade a eu plusieurs enfants ; elle n'est plus réglée. Elle s'est aperçue, il y a six à huit ans, de l'existence d'une petite tumeur aux parties génitales. Peu à peu, sans douleurs, sans gêner le coït, la tumeur s'est développée et a atteint le volume d'une noix. Depuis quinze à dix-huit mois, elle s'est plus rapidement accrue et, bien que toujours indolore, gêne la marche.

Examen. — On constate que la malade porte, très proéminente, entre les grandes lèvres (Voy. fig. 1), une tumeur arrondie, du volume d'un œuf de pigeon (4 cent. sur 5 cent.). Elle paraît, à première vue, située sur la ligne médiane ; mais un examen plus attentif montre qu'elle se trouve à gauche, occupant le tiers *supérieur* de la petite lèvre gauche qu'elle emplit entièrement et empiète sur le vestibule, entre le clitoris, refoulé à droite, et le méat, caché sous la tumeur. Le kyste ne s'étend pas dans la grande lèvre.

La surface de la tumeur, qui présente quelques varicosités, se trouve constituée par les téguments de la petite lèvre et, sans ligne de démarcation, à sa partie interne, par la muqueuse vestibulaire.

Le reste de l'appareil génital n'offre rien de pathologique : vulve flétrie, petite lèvre droite et 3/4 inférieurs de la petite lèvre gauche normaux ; utérus petit, un peu atrophié.

Opération le 30 juillet. — Incision des téguments en tranche de melon. L'énucléation, assez facile en avant, est plus difficile en arrière, le pédicule de la tumeur s'enfonçant assez profondément du côté de la branche ischio-pubienne, ce qui rend la décortication du kyste assez délicate. Sutures à deux plans. Réunion par première intention sans drainage. Guérison complète ; la malade sort de l'hôpital le 7 août, huit jours après son entrée.

Examen de la pièce.—Tumeur arrondie, à surface externe fibreuse, excepté au niveau de la tranche cutanée.



Fig. I.

Le contenu un peu crémeux, mi-solide, blanchâtre, ne montre à l'examen microscopique ni cristaux de cholestérine, ni vésicules adipeuses. On n'y trouve aucun élément figuré.

L'*examen bactériologique*, pratiqué par M. Auguste Pettit, a été négatif. L'examen direct du contenu coloré au bleu de méthylène n'a montré aucune bactérie. Les ensemencements sur gélose et dans le bouillon n'ont donné aucun résultat. Enfin l'inoculation au cobaye n'a amené aucune réaction.

Examen histologique.

Pièce fixée à l'alcool, montée à la paraffine, coupée en série, colorée à l'hématoxyline-éosine.

Les coupes ont porté sur plusieurs parties de la paroi kystique ; elles présentent donc certaines différences.

D'une manière générale la paroi du kyste est formée de trois portions distinctes :

1° Epithélium de la surface labiale ;
2° Stroma ;
3° Epithélium kystique.

1° *Epithélium de la surface labiale.*

Ne présente rien de particulier : épithélium pavimenteux stratifié du type malpighien ordinaire, reposant sur un chorion dermo-papillaire normal.

2° *Stroma.*

Tissu conjonctif lamelleux assez dense. Contient de nombreux vaisseaux normaux, mais entourés d'un manchon de cellules embryonnaires. Cette infiltration leucocytique est surtout développée tout contre la limite interne du kyste, à la partie qui, nous le verrons, est dépourvue d'épithélium ; elle forme en cet endroit une nappe assez dense pour rappeler la constitution d'un follicule lymphatique. Ailleurs, on voit disséminés dans le stroma des nerfs nombreux et relativement volumineux ; ils sont normaux et accolés à des artérioles.

Nous n'avons malheureusement pas fait subir de coloration spéciale pour déceler des fibres musculaires lisses : le stroma porte bien des éléments nucléaires allongés, rappelant très bien les noyaux en bâtonnet de la fibre lisse ; mais, comme ils peuvent

(1) J. VEIT. Handb. der Krankh. der Weibl. Geschl., 2e édit., 1867, p. 544, et *Zeitschrift f. Geb. und Gyn.*, 1882, vol. 8, p. 471.



représenter des noyaux de cellules conjonctives aplaties, nous préférons ne pas affirmer l'existence de fibres lisses.

Au niveau de la paroi externe (labiale), dans le derme de l'épithélium malpighien, certaines coupes montrent une couche dense de glandes sébacées à l'état normal.

En somme, à part l'infiltration leucocytique, ci-dessus signalée, le stroma n'offre aucune lésion.

3° *Paroi interne du kyste* (voy. figure II).

Cette paroi possède une structure assez complexe : elle présente une portion avec un revêtement épithélial, et une autre qui en est dépourvue.

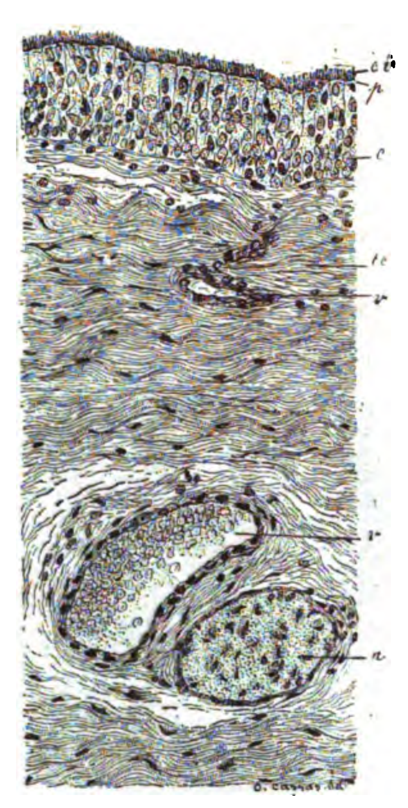


Fig. II.

c. Cellules épithéliales. — *c v*. Cils vibratiles. — *p*. Plateau. — *t c*. Tissu conjonctif. — *v*. Vaisseau. — *n*. Nerf.

Le revêtement épithélial, soit qu'il recouvre une surface plane ou bien qu'il tapisse de profondes plicatures, est assez complexe.

D'une manière générale, domine un épithélium cubique, superposé sur trois à quatre couches, avec cellules supérieures munies d'un plateau et recouvertes par endroits d'une nappe dense de *beaux cils vibratiles*. A un fort grossissement (voy. fig. II) on constate que les cellules cubiques sont irrégulièrement disposées, peu différenciées entre elles, les unes allongées, les autres plus courtes, toutes munies d'un noyau arrondi ou ovalaire situé à des hauteurs différentes. Il n'y a pas de membrane basale distincte, mais à la base de l'épithélium existe une traînée de cellules cubiques un peu séparées du reste de l'épithélium et très petites (1).

Ajoutons que partout où l'épithélium est cubique, cilié, sur deux ou trois couches, le chorion est normal, peu vasculaire, sans papilles.

Mais, si le recouvrement épithélial est cylindrique cilié dans la plupart des couches, sur d'autres il se présente sous une tout autre forme.

Sur certaines préparations on constate, en effet, qu'il est nettement *pavimenteux stratifié*, avec assise régulière de cellules basales, surmontées d'autres de plus en plus aplaties.

Ailleurs, à l'endroit où la paroi du kyste présente de profondes invaginations, l'épithélium est stratifié ; les cellules qui le composent ne sont pas pavimenteuses, mais polymorphes ; quelques-unes, les plus superficielles, sont muqueuses.

Toutes ces formes, épithélium stratifié, cubique cilié, épithélium pavimenteux stratifié, épithélium muqueux se retrouvent sur la même préparation et on peut suivre le passage de l'une à l'autre.

Faisant immédiatement suite à l'épithélium cubique cilié, et surmontant cette partie du stroma qui est infiltré, l'épithélium est tombé sur la majeure partie des coupes. Sur certaines d'entre elles on en peut reconnaître la cause : il reste, en effet, accolé directement au stroma quelques cellules ayant subi une complète dégénérescence.

Des fragments de cette partie de l'épithélium ont été spécialement colorés à la méthode de *Benda* après avoir été fixés au liquide de *Lindsay*.

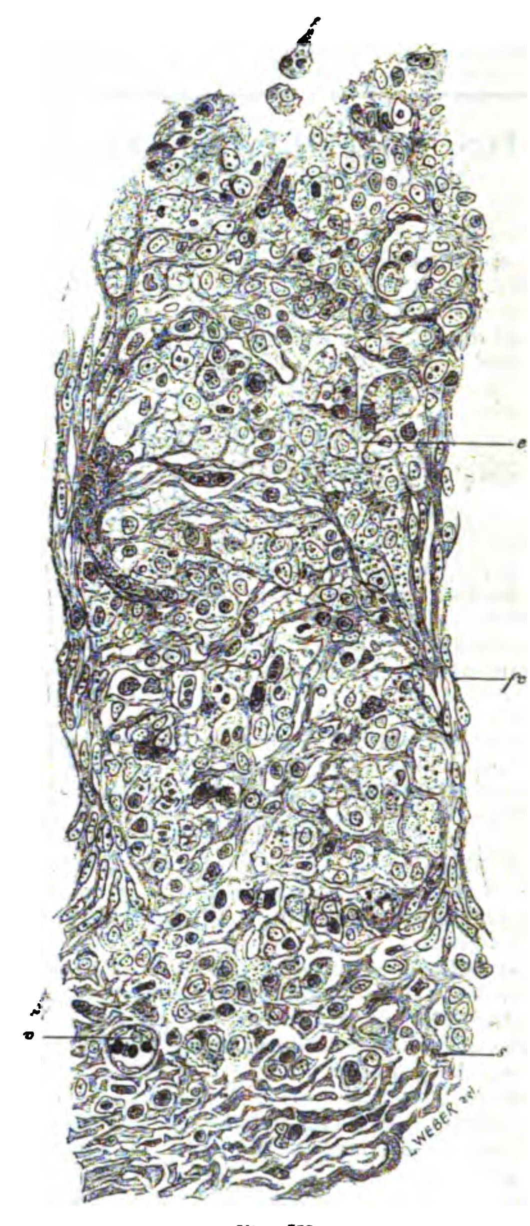


Fig. III

e) Epithélium dégénéré. — *fc*) Faisceaux conjonctifs venus du stroma. — *s*) Stroma conjonctif. — *v*) Vaisseau.

Toute la couche épithéliale est considérablement épaissie et a subi entièrement la dégénérescence fibro-graisseuse.

A un fort grossissement on constate que les cellules épithéliales sont dissociées soit par des faisceaux fibreux venant du stroma et colorés en bleu, soit par une masse de dégénérescence amorphe qui comble les vides laissés par les fibres et les cellules.

Les cellules épithéliales sont pour la plupart transformées en masses vésiculeuses, dont le protoplasma porte des particules graisseuses sous forme de grains noirâtres. Le noyau reste arrondi, encore nettement visible, portant un ou deux nucléoles bien colorés par la safranine. D'autres cellules ont perdu leur enveloppe et le contenu s'est déversé au dehors.

Par endroits, entre les cellules dégénérées, existent des noyaux de cellules jeunes, petites, arrondies, à noyau coloré en rouge brillant par la safranine.

Disons, pour terminer, que, en outre de la portion du kyste où l'épithélium est tombé par suite de la dégénérescence que nous venons de décrire, il existe une autre portion qui paraît en être primitivement dépourvue et où le stroma lui-même limite l'intérieur du kyste. La démarcation entre la portion épithéliale et la portion nue est très nette et on ne saurait ici invoquer une chute accidentelle ou pathologique. En effet, l'épithélium, au lieu de se couper simplement, se contourne en un véritable peloton qui vient

(1) Kummel, dans un cas de kyste Wolffien cilié du vagin, a signalé une traînée analogue. Ces cellules ne correspondraient-elles pas aux cellules basales que *Becker*, *Kölliker*, *Tourneux* et *Herrmann* décrivent sous l'épithélium cylindrique cilié de l'épididyme ?

s'enchâsser dans le tissu conjonctif ou bien diminue peu à peu de hauteur et se perd insensiblement dans la profondeur du stroma.

Il semblerait donc que, sur certaines parties du kyste, on ait affaire non à un revêtement épithélial continu, mais à de véritables plaques ou à des caps épithéliaux limités d'avec le stroma nu par un pourtour bien tranché.

Comme conclusion :

Kyste à parois mi-parties nues, mi-parties revêtues d'un épithélium sur chorion sans papilles, peut-être avec fibres musculaires lisses. Epithélium variable, surtout cubique, stratifié, cilié, mais aussi pavimenteux stratifié ou stratifié muqueux (1).

Cas de Lagrange (2). — Kyste ayant mis sept ans à se développer, situé à la partie moyenne de la grande lèvre droite, poussant un prolongement profond du côté de la branche ischio-pubienne.

Pas de douleurs.

Excision. Contenu liquide, blanchâtre, laiteux.

Examen histologique. — Paroi conjonctive, contenant quelques rares fibres musculaires lisses. Epithélium double : cubique, sur deux ou trois couches, cilié dans la partie profonde de la tumeur ; pavimenteux stratifié dans sa portion franchement labiale.

Cas de Mertz (3).— Kyste du volume d'un œuf d'oie de la grande lèvre droite, ayant mis 25 ans à se développer sans que la malade ait jamais ressenti de douleurs. La tumeur s'étend jusque sous la symphyse pubienne et bombe dans le vagin.

Examen histologique. — Une couche d'étroites cellules en forme de coin, munies d'un plateau portant de magnifiques cils vibratiles.

Cas de Kümmel (4) (1er *cas*). — Jeune fille de 15 ans porte à la petite lèvre un kyste de 4 centimètres de diamètre, transparent.

Excision.

Examen histologique. — Epithélium de plusieurs rangs d'étroites cellules, dont les superficielles portent une rangée de longs et fins cils.

2e *cas.* — Petit kyste de la petite lèvre, à contenu caséeux blanchâtre. Epithélium plat, sur une seule couche, portant des *cils vibratiles* nombreux et puissants.

Cas de Mme Ulesko Strogonova. — Petit kyste situé à la partie inféro-latérale de l'hymen, derrière lequel existe un second enchâssé dans la paroi vaginale.

Contenu foncé, hématique.

Examen histologique. — Chorion conjonctif, sans fibres lisses pour le kyste hyménéal, avec fibres lisses pour le kyste vaginal. Epithélium cubique, d'une seule couche de cellules portant sur un plateau des cils bien distincts.

Tels sont les six cas de kystes à épithélium cilié de la vulve que nous avons pu colliger.

Quelle peut être l'origine de ces kystes à cellules ciliées ? La première idée que fait naître leur structure complexe est qu'ils sont de nature congénitale et non de simples kystes glandulaires par rétention, assez fréquents dans cette région. Mais trouve-t-on à la vulve des restes fœtaux susceptibles de donner lieu à un kyste ?

Le canal de Wolff peut et doit être incriminé. On sait que le canal de Wolff persiste normalement chez la femelle adulte des Rongeurs et des Ruminants sous forme de petits canaux qui, du parovaire vont, le long des parois utérines et vaginales se terminer de chaque côté de l'orifice uréthral (*Gartner*, *Kobelt*, *Follin*, *Bl. Sutton*) et prennent le nom de l'anatomiste danois, Gartner, qui le premier en fit une étude complète.

Les canaux de Gartner furent trouvés dans l'espèce humaine par *Beigel* et *Dorhn* chez le fœtus, par *Fischel*, *Rieder*, *Debierre*, etc., chez la Femme adulte. Tous les auteurs croient actuellement à la possibilité de leur persistance jusqu'au col utérin. Mais ici naissent les divergences : les uns admettent avec *Freund*, *Kocks*, *Debierre*, *Kossmann*, que les canaux de Gartner peuvent persister dans leur portion vaginale et venir se terminer dans le vestibule aux alentours du méat urinaire ; les autres, avec *Beigel*, *Dorhn*, *Max Schüller*, *Tourneux*, *Nagel*, nient cette terminaison vestibulaire et disent que les canaux décrits par les auteurs précédents sont ceux que *Skene* a découverts en 1883 et qui représentent probablement les canaux excréteurs des glandules prostatiques de Max Schüller.

Cependant trois ordres de faits paraissent plaider en faveur de la possibilité d'une terminaison vestibulaire des canaux de Gartner : les uns tirés de l'anatomie comparée, d'autres qui sont empruntés au développement, les derniers enfin qui sont d'ordre clinique.

L'anatomie comparée montre, en effet, que chez les animaux où l'existence du canal de Gartner est la règle (Vache, Truie), ce canal vient se terminer de chaque côté du méat urinaire.

L'*embryologie* indique que les canaux de Wolff, futurs canaux de Gartner, viennent primitivement se terminer à la portion supérieure du sinus uro-génital, un peu au-dessus de l'endroit où plus tard viendront s'aboucher les canaux de Muller, futur vagin. Par conséquent, si le canal de Wolff persiste dans sa portion inférieure chez l'adulte, il viendra se terminer dans l'une des parties des organes génitaux externes dérivés de la partie supérieure du sinus uro-génital, c'est-à-dire, suivant les classiques, le vestibule, le pourtour du méat et du vagin, auquel on ajoutera, avec *Pozzi*, l'hymen, et, avec *Retterer*, une partie de l'extrémité inférieure du vagin et de l'urèthre ainsi que la cloison uréthro-vaginale.

La *clinique* enfin montre plusieurs faits de persistance *in toto* de canaux de Gartner chez l'adulte : Cas de *Realdus-Colombus* (1559), cas de *Fürst*, mais surtout cas de *Lawson Tait*, d'*Aman Routh* et de *Skene*, dans lesquels ces auteurs virent se terminer soit de chaque côté de l'urèthre (Lawson Tait), soit dans l'urèthre même (Skene) de petits canaux qui laissaient s'écouler un liquide clair.

Parmi ces cas, le plus intéressant et le plus démonstratif est celui de *Skene* (1). Il s'agissait d'une jeune femme parfaitement bien portante et dont la seule maladie consistait en un écoulement incessant par l'urèthre d'un liquide incolore, inodore, mais assez abondant pour la forcer à se garnir le jour comme la nuit.

La miction se faisait bien, le liquide n'était pas de l'urine. Après de longues recherches et en examinant un jour le canal uréthral au moyen du cystoscope, Skene réussit à voir un jet de liquide fin comme un cheveu, jaillissant d'un tout petit orifice situé dans la paroi supérieure de l'urèthre. Le jet put être arrêté par la pression du cystoscope, mais se reproduisit aussitôt que la pression cessa.

Ne pouvant plus retrouver l'orifice, Skene passa une ligature en masse dans toute la paroi uréthro-vaginale. L'écoulement cessa, mais toute la paroi supérieure du vagin se tuméfia dès le lendemain. Skene fit une incision juste derrière la ligature, il sortit un liquide clair et réussit à sonder par le vagin le canal lui-même : la sonde put pénétrer jusque dans la région du parovaire. L'écoulement persista pendant quelque temps et ne cessa qu'à la suite d'injections irritantes.

Ce cas était d'autant plus intéressant pour Skene, qu'il confirmait son opinion que les canaux de Gartner sont absolument différents des conduits des glandes uréthrales découvertes par lui et qui portent son nom. Chez sa malade on trouvait à la fois et les canaux de Gartner et les canaux dits de Skene.

Enfin, *Klein* et *Groschuff* virent un canal de Gartner persister chez une fillette et se terminer au niveau de l'hymen ; ils purent suivre tout son trajet au moyen de coupes en séries.

Il résulte des considérations précédentes que les canaux de Wolff-Gartner peuvent, en cas de persistance inférieure, se terminer à la vulve, à la partie supérieure de l'une quelconque des formations provenant du sinus uro-génital, et que par conséquent ils peuvent donner lieu à des kystes wolffiens de la région. (*A suivre.*)

NOTE SUR UN CAS DE CYSTO-CARCINOME PAPILLAIRE DE L'OVAIRE

Par Et. Cestan et Aug. Pettit.

—

La *Semaine Gynécologique* de 1897 publiait le court mais intéressant résumé d'un important travail d'Oscar Semb paru en 1896, à Christiania, consacré à l'étude des « kystômes ovariaux papillaires » et fondé sur l'examen clinique et histologique de 20 cas personnels. Grâce à l'obligeance du docteur Routier que nous remercions vivement, nous avons pu suivre l'observation et examiner, après ablation, les pièces d'un cas qui nous semble devoir être rapproché des faits précédents. En raison de leur rareté et de l'intérêt qui s'attache à bon

(1) Voir pour les détails et la bibliographie : Léon Weber. Thèse de Paris, 1898.

(2) Lagrange. Kyste congénital de la grande lèvre. *Journal de méd. de Bordeaux*, 1883.

(3) Mertz. Thèse de Breslau, 1885.

(4) Kümmel. Ueber Cystische Bildungen in der Vagina. *Arch. f. pathol. Anat.*, 1888, vol. 114, p. 425.

(1) Skene. A singular Case of Patency of a Gartner's Duct. (*Medical Record*, 1896, p. 692.)



droit à cette question encore mal connue du carcinome ovarien, nous croyons devoir publier cette observation.

Voici d'abord la partie clinique, telle que M. Routier a bien voulu nous la fournir :

Marie B... âgée de 27 ans, vient le 1er décembre 1897, réclamer les soins du Dr Routier pour des phénomènes simulant une appendicite compliquée d'un abcès de la fosse iliaque. L'existence de phénomènes péritonéaux ou plutôt d'un péritonisme assez marqué détermine le chirurgien à se contenter d'ouvrir simplement l'abcès iliaque, sans chercher à voir, sentir ou enlever l'appendice supposé malade.

Déjà en janvier 1894, Marie B... avait été opérée par M. Routier pour des phénomènes de pelvi-péritonite survenus après un accouchement normal; ce chirurgien avait ouvert, par le cul-de-sac postérieur, un gros abcès situé en arrière et à droite de l'utérus ; il avait noté à cette époque que, malgré les symptômes observés, cet abcès n'avait aucun rapport avec les annexes du côté droit.

Aussi, lorsque trois ans plus tard, en 1897, la malade se représente avec ces signes d'appendicite déjà rapportés ci-dessus, M. Routier pensa-t-il que l'abcès du cul-de-sac postérieur, ouvert en 1894, par le vagin, n'avait été qu'une collection d'origine appendiculaire d'autant que l'accouchement qui l'avait précédé avait été normal, nous l'avons dit, et aussi qu'il y avait eu à cette époque un écoulement passager de matières fécales par le vagin.

A la suite de la deuxième intervention faite en 1897, par l'abdomen, il resta une fistule au niveau de l'incision pratiquée comme à l'ordinaire sur le bord externe du muscle droit.

Deux mois après, le 3 février 1898, et pour guérir la dite fistule, M. Routier intervint à nouveau par une laparotomie faite à ce niveau, dans le but d'aller chercher et enlever l'appendice, cause supposée de la fistule. Le ventre ouvert, et au lieu de l'appendice resté sain, on tombe sur une tumeur oblongue que l'on isole non sans peine ; cette tumeur se continuait avec la corne utérine droite et n'était autre chose qu'une grosse salpingite parenchymateuse, farcie de petits abcès. A côté de la trompe et avec elle, vint un ovaire assez régulier et de petit volume, adhérent comme la trompe aux anses intestinales voisines. Ces annexes malades furent péniblement pédiculisées et enlevées après ligature. Comme le foyer était saignant, formé de débris de parois avec abcès à moitié crevés, le ventre ne fut pas refermé et l'on établit un drainage avec tamponnement à la gaze iodoformée.

La malade guérit sans incidents et quitta l'hôpital le 19 mars 1898, après complet rétablissement et dans une parfaite santé.

Nous l'avons revue le 29 mars ; état général excellent, elle a même pris de l'embonpoint ; localement la région du côté droit reste un peu empâtée mais indolore ; l'ovaire gauche paraît normal comme siège, volume et sensibilité.

Voici ce que nous a révélé l'examen des pièces. Trompe très volumineuse, infiltrée de pus et sur laquelle nous passerons rapidement. Ovaire beaucoup plus intéressant. Aspect extérieur et volume normaux en apparence, si bien que l'opérateur songea un instant à le laisser en place. A la coupe et à l'œil nu, on reconnaît déjà sur les surfaces de section que l'organe est le siège d'une dégénérescence néoplasique et que la masse néoformée est creusée de kystes variables dans leur forme et leurs dimensions, en général peu volumineux, mais dont certains atteignent le volume d'une grosse noisette.

A l'examen histologique, on retrouve la même disposition. Des fragments, prélevés en divers points de la tumeur et fixés immédiatement après l'opération dans du liquide de Zenker, ont été inclus au collodion ; les coupes pratiquées, ont été colorées à l'hématoxyline de Delafield, à l'hématoxyline éosique, à l'hématoxyline au fer de Heidenhain et au carmin aluné. L'emploi de colorations spéciales (Orcéine de Unna) n'a pas permis de déceler la présence de fibres élastiques.

La masse néoplasique est essentiellement formée par un stroma de nature conjonctive dont la structure diffère sensiblement suivant les points examinés. En général, le stroma est constitué par des éléments lamineux bien individualisés et renfermant des noyaux ovales. Mais, en certains points, on observe uniquement du tissu franchement muqueux : fibres fusiformes assez clairsemées et cellules étoilées formant un réseau à larges mailles, le tout plongé dans une substance fondamentale infiltrée par place de petits noyaux à peine différenciés. Enfin, et ce fait est curieux à noter, en nombre d'endroits on constate la présence de cellules offrant des caractères spéciaux : éléments longs de 15 μ environ, dont le corps cellulaire revêt sous le microscope une coloration jaune vif due à la présence de grosses granulations pigmentaires, lesquelles occupent la presque totalité de la cellule.

Ce tissu conjonctif est creusé d'une série de cavités kystiques dont le diamètre varie entre plusieurs μ et plusieurs millimètres, quelques-unes même facilement visibles à l'œil nu. Certaines sont tapissées par un épithélium formé de petites cellules cubiques, rangées sur une seule couche, dont le noyau bien développé mesure à peu près comme dimensions la moitié de la hauteur de la cellule. Mais cette disposition ne s'étend pas à tous les kystes. Plus souvent, au contraire, l'épithélium s'est mis à proliférer, et ce n'est plus une seule couche mais trois ou quatre qui limitent les cavités ; les cellules sont irrégulièrement cylindriques, orientées en des sens divers, avec de volumineux noyaux. Ce processus exagéré de multiplication aboutit à la formation de kystes dont la lumière est plus ou moins réduite et qui sont tapissés par de multiples rangées de cellules irrégulières et cylindriques. Celles-ci sur quelques points prolifèrent vers l'intérieur du kyste sous forme de travées. Beaucoup plus souvent c'est vers la périphérie qu'elles se développent et se multiplient, envoyant dans le tissu conjonctif du stroma des bourgeons épithéliaux irréguliers. Le centre de ces bourgeons, sur les plus petits au moins et au début, est occupé par une lumière autour de laquelle sont rangées des cellules cylindriques disposées sur une ou deux couches et rappelant l'aspect d'un tube glandulaire. Sur les bourgeons plus considérables, les cellules ont proliféré ; la cavité centrale a disparu ; il ne s'agit plus dès lors que de masses pleines de cellules épithéliales, de boyaux se prolongeant dans la trame conjonctive sous forme de cordons irréguliers émettant eux-mêmes des ramifications secondaires.

En d'autres points enfin, le tissu conjonctif limite une série d'alvéoles remplies par des cellules d'aspect carcinomateux manifeste. La plupart des noyaux sont altérés : la chromatine s'y présente sous des aspects anormaux, ici représentée seulement par quelques rares et fines granulations, là au contraire formant une masse compacte intensivement colorée. Quelques noyaux ont subi une augmentation de volume marquée et mesurant jusqu'à 20 μ et plus.

Au résumé, la tumeur examinée présente histologiquement une structure complexe rappelant en certains points celle d'un kyste papillaire de l'ovaire, en d'autres celle d'un véritable carcinome. Entre ces deux aspects, existent tous les intermédiaires et toutes les transitions. Ce fait permet de penser que l'on est en présence d'une dégénérescence carcinomateuse d'un kyste papillaire. On remarquera toutefois que ces néoformations épithéliales métatypiques ont une extension considérable et semblent témoigner d'une tendance marquée à proliférer activement.

Le cancer primitif de l'ovaire, dans le groupe duquel il faut ranger notre cas, offre encore bien des inconnues dans son histoire. Les travaux de Fanny Dembo (1), de Pfannenstiel (2), de Baader (3), et de Semb (4), n'ont pas suffi à fixer d'une façon définitive tous les côtés de cette question.

Pfannenstiel, dans les kystes papillaires de l'ovaire, distingue deux grandes variétés : l'adénome papillaire simple, ainsi nommé parce que les cellules épithéliales cylindriques proliférées, mais encore typiques, affectent par leur groupement la forme de tubes glandulaires s'enfonçant dans le stroma ; — l'adéno-carcinome papillaire, caractérisé par la présence de cellules irrégulières, atypiques, disposées en amas réticulés, de texture carcinomateuse. Cet adéno-carcinome peut microscopiquement revêtir deux formes : kystique ou solide, sans que cette différence d'aspect entraîne une différence dans la nature ou l'évolution, et l'on doit à vrai dire, faire rentrer dans l'adéno-carcinome tous les cas atypiques par la grosseur, la forme ou la disposition de l'épithélium. Mais le même auteur fait remarquer avec soin que les données histologiques comportent seulement une valeur pronostique relative ; le microscope ne peut jamais affirmer cliniquement la bénignité ou la malignité. Tel kyste papillaire simple, adénome papillaire d'aspect inoffensif, peut revêtir brusquement les allures du pire cancer ; tel adéno-carcinome d'aspect menaçant peut inversement rester pendant fort longtemps et même toujours stationnaire. Il convient néanmoins de faire toujours de prudentes réserves sur l'imminence d'une malignité possible, car tous les intermédiaires existent de l'adénome papillaire à l'adéno-carcinome, ainsi que nous venons de le voir.

Semb, au contraire, semble admettre entre le « kystôme papillaire » et le « kysto-carcinome papillaire » (termes équivalents à l'adénome et l'adéno-carcinome de Pfannenstiel), une différence de nature et d'évolution absolues. Pour lui, le premier reste toujours bénin, typique et ne dégénère jamais en cancer, tandis que le second revêt primitivement et d'emblée son caractère de malignité particulière. La transformation et le passage de celui-là à celui-ci seraient erreur d'interprétation ou insuffisance d'examen.

Il nous paraît cependant que l'opinion de Semb est difficile

(1) F. Dembo. Thèse de Berne, 1892.
(2) Pfannenstiel. *Arch. f. Gynaek*, 1894, p. 507-606.
(3) Baader. *Tubingen*, 1896.
(4) O. Semb. *loco citato*.



à soutenir dans son absolutisme. Elle est contraire à ce que nous savons de la pathologie et de l'évolution générales des néoplasies épithéliales; partout on voit des formations d'abord typiques proliférer, dégénérer et devenir atypiques par la suite, et l'on comprendrait mal un processus carcinomateux conduisant inversement à des productions papillaires typiques. L'examen du cas rapporté par nous semble témoigner en faveur de l'opinion de Pfannenstiel qui est aussi l'opinion générale, à savoir le passage de l'adénome simple, kyste prolifère glandulaire de Pozzi, à l'adéno-carcinome vrai. C'est en ce sens que nous interprétons la coexistence sur notre pièce, et côte à côte, de masses typiques et métatypiques.

Nous ne saurions ici faire une étude même rapide de ce très important sujet. Cliniquement nous insisterons seulement sur la malignité de l'adéno-carcinome, sa marche rapide, sa durée oscillant de cinq mois à un an, sa tendance aux métastases par voix sanguine et lymphatique, aux greffes locales, aux récidives promptes. Cependant l'extirpation complète, intégrale, pratiquée avec le souci de tout enlever et d'éviter toute contamination du péritoine et des organes voisins comme s'il s'agissait d'un ovaire septique, a pu donner des guérisons qui se maintenaient encore trois ans 1/2 après l'intervention. Comme l'affection est souvent bilatérale (trois fois sur quatre pour Pfannenstiel et une observation récente de Meek (1) le prouve encore), comme l'ovaire peut paraître extérieurement sain malgré qu'il soit déjà profondément atteint et c'était le cas chez notre malade, nombre d'auteurs ont conseillé pour plus de sûreté d'extirper toujours les deux ovaires. Semb, qui fait un départ si absolu entre le kysto-adénome et le kysto-carcinome, attribue au premier une bénignité certaine exigeant une intervention peut être moins radicale, assurant en tous cas des résultats durables. Nous croyons, pour les raisons plus haut exposées, qu'il est sage de toujours réserver l'avenir et toujours pratiquer une opération large et précoce.

REVUE FRANÇAISE

Labadie Lagrave. — DES NÉVRALGIES PELVIENNES. (*Journal des Praticiens*, n° 13, 1898.)

Les névralgies pelviennes ne constituent pas une entité morbide, car on comprend sous ce titre des cas très divers au point de vue de l'étiologie ; et ces cas n'ont de commun que les symptômes douloureux considérés dans leur physionomie et leur allure générale.

Richelot, qui a étudié ces cas au point de vue des indications de l'intervention chirurgicale, ne fait pas rentrer dans la catégorie des névralgies pelviennes les douleurs symptomatiques de diverses lésions, telle qu'une rétroversion utérine, qui peuvent être parfaitement justiciables des moyens de traitement que comporte la gynécologie courante. Il range sous la dénomination de grandes névralgies pelviennes les phénomènes douloureux graves, permanents ou rebelles qui siègent dans l'utérus ou les ovaires, et qui s'accompagnent d'un état névropathique.

Dans ces cas, on ne trouve au toucher bimanuel aucune lésion appréciable de l'utérus ou des annexes ; on constate seulement par le toucher vaginal une sensibilité spéciale du col et des culs-de-sacs ; on retrouve, d'ailleurs, cette douleur par la palpation abdominale au niveau des annexes.

Toutefois, ainsi délimité, le domaine des névralgies pelviennes est peut être un peu restreint. Certaines lésions peu considérables, comme nous le verrons, peuvent entrainer chez des Femmes névropathes des phénomènes douloureux intenses, qui ne se distinguent en rien des vraies névralgies pelviennes. En réalité, il s'agit bien d'une névralgie, car la douleur est hors de proportion avec la bénignité des lésions locales.

Les douleurs accusées par les malades sont elles mêmes très variables. C'est l'ovaire qui est presque toujours douloureux, et surtout l'ovaire gauche. La pression réveille une douleur très vive, qui peut entraîner des phénomènes réflexes sérieux, une crise d'hystérie par exemple. Chez l'hystérique, la douleur est le plus souvent limitée à l'ovaire. L'utérus est le siège des mêmes douleurs, mais avec moins de fréquence. La douleur névralgique paraît avoir son foyer principal dans l'utérus et les ovaires pour de là irradier dans diverses directions. Il est certaines malades qui se plaindront de crises de cystalgies très fréquentes ; d'autres accuseront des douleurs du côté du rectum, sur les lombes, ou dans divers points de l'abdomen.

Ces phénomènes douloureux sont extrêmement violents ; ils se présentent sous une forme paroxystique, lancinante, gravative : ils sont exaspérés par les mouvements et forcent des malades à garder l'immobilité la plus complète. Il y a cependant des périodes d'accalmie ; mais l'utérus et les annexes restent, même dans ce cas, toujours sensibles au toucher.

A l'examen par le toucher digital et la palpation bimanuelle, les résultats sont très variables ; le plus souvent, on ne trouve pas de lésions graves, et certaines malades, alitées depuis de longues années à cause de leurs douleurs ont pu devenir enceintes à plusieurs reprises (trois fois en huit ans dans un cas de Richelot).

A l'examen, on trouve les culs de-sac très douloureux ; les moindres mouvements imprimés à l'utérus occasionnent de très vives douleurs ; la palpation réveille de même des douleurs du côté des ovaires ou de l'utérus ; d'autres organes sont aussi douloureux au palper abdominal, mais il s'agit de douleurs irradiées. Parfois même, la sensibilité très pénible s'étend à tous les organes pelviens.

Dans beaucoup de cas, on ne trouve pas de lésions des organes du petit bassin. D'autre part, une lésion quelconque du côté de l'utérus ou des annexes surtout, une adhérence, un reste de paramétrite, une flexion sont l'occasion de la névralgie pelvienne.

Les grandes névralgies pelviennes sont d'abord caractérisées par la permanence des douleurs, qui forcent les malades à renoncer à tout travail et à garder le lit d'une façon presque continuelle.

Un deuxième caractère essentiel de ces douleurs réside dans leur longue durée. Des femmes ont souffert pendant dix ou quinze ans, et l'on conçoit qu'après avoir inutilement épuisé tous les agents de la thérapeutique, on ait fini par considérer une intervention chirurgicale comme indiquée. Cette longue durée doit entrer en ligne de compte, lorsqu'on veut apprécier les effets d'un traitement, même d'un traitement chirurgical. Cette circonstance nous fait entrevoir l'incurabilité éventuelle des douleurs qui a été donnée comme un troisième caractère ; on a pu employer pendant des années tous les moyens médicaux possibles. Si l'amélioration se produit, elle n'est pas de longue durée, et l'on voit des malades qui, obligées de rester au lit, finissent pas s'affaiblir considérablement.

Les causes des grandes névralgies pelviennes sont assez complexes, on peut même dire assez obscures.

Les lésions même très bénignes de l'utérus et des annexes peuvent être l'occasion de phénomènes névralgiques chez des Femmes névropathiques. Il n'est d'ailleurs pas toujours facile d'affirmer qu'il n'y a pas de lésions dans l'ovaire, même avec le concours de l'histologie. Souvent, d'ailleurs, on trouve cet organe atteint de dégénérescence scléro-kystique à un degré plus ou moins accentué. Quénu a constaté dans certains cas, où les malades souffraient beaucoup, des varices de l'ovaire. Pozzi assure que lorsque la douleur atteint une importance réelle, il existe des lésions, si petites qu'elles soient, telles qu'un ovaire prolabé, avec une adhérence légère.

De même, des déplacements très légers de l'utérus peuvent donner lieu à des douleurs extrêmement vives. Il est des cas où les phénomènes douloureux sont liés à un développement incomplet des organes génitaux internes (Pozzi). En tout cas, l'expérience paraît montrer que les névralgies pelviennes vraies, *sine materia*, deviendront de plus en plus restreintes à mesure que l'investigation clinique et anatomique sera plus parfaite.

La cause de la névralgie pelvienne peut résider aussi dans une lésion atteignant le *système nerveux périphérique ou central*. Parmi les lésions périphériques du système nerveux, on peut citer les névroses et les névrites simples. Ces cas sont rares.

D'autres névralgies pelviennes sont dues à des lésions du système nerveux central. Ce qui le démontre, c'est l'existence d'autres troubles qui trahissent une origine centrale ; ce sont des troubles trophiques, des troubles concomittants de la sensibilité, l'hyperesthésie des nerfs sensibles du bassin et des cuisses. Reynier a cité l'observation d'une Femme atteinte de névralgie ovarienne double et dont les ovaires paraissaient normaux au toucher. Mais la malade avait du nystagmus, un tremblement particulier, une parole scandée, tous symptômes indiquant une lésion centrale.

A côté des douleurs symptomatiques des lésions centrales et des lésions organiques, puis périphériques, il reste à parler des névralgies liées à l'hystérie et à la neurasthénie. On observe la névralgie pelvienne chez des jeunes neurasthéniques ayant des troubles psychiques parfois très accusés, de la lypémanie. L'hystérie constitue la cause la mieux reconnue des névralgies ovariennes et pelviennes. Ces névralgies surviennent chez les hystériques sans aucune lésion utéro-ovarienne. Mais, d'un autre côté, la moindre lésion des organes génitaux internes peut devenir la cause de phénomènes douloureux d'une grande intensité par suite de l'instabilité particulière de leur système nerveux.

(1) MEEK. *Americ Journ. of Obstetrics*, 18:7, p. II, p. 125.

Ce fait explique d'ailleurs la disproportion entre l'intensité des douleurs et parfois l'insignifiance des lésions locales. Ici, l'opération peut procurer la guérison, mais elle n'est autorisée que lorsque tous les moyens médicaux ont été épuisés. La névralgie peut même récidiver après l'opération, soit spontanément, soit à la suite d'une cause occasionnelle. M. Quenu a cité le cas d'une institutrice qu'il opéra avec M. Terrier. Cette femme était atteinte de douleurs pelviennes extrêmement vives, qui lui interdisaient tout travail. Les opérateurs lui enlevèrent un kyste de l'ovaire et les annexes de l'autre côté. Tout alla bien pendant quelques mois, et l'opérée put reprendre son métier. Mais à la suite d'une grande frayeur qu'elle eut à l'occasion d'un incendie, elle fut prise de paralysie du côté gauche, de hoquet hystérique, etc., et elle recommença à souffrir après cet accident.

Rien ne prouve mieux d'ailleurs l'influence de l'état névropathique, que la récidive post-opératoire des névralgies pelviennes, en dehors même de toute cause occasionnelle.

La question de l'anatomie pathologique est tout entière à résoudre. Comme il ne s'agit pas d'une entité morbide, on constate une variété très grande de lésions dans leur nature et leur localisation. On a déjà remarqué que ce ne sont pas les lésions les plus grossières, les plus accessibles à l'examen qui déterminent le mieux les névralgies pelviennes. Souvent, les histologistes auxquels on a confié l'examen des parties n'ont rien trouvé, et dans le cas même où ils trouvent des lésions histologiques manifestes, ces lésions sont trop minimes pour qu'on puisse les constater à l'examen clinique.

Les lésions portent d'abord sur le tissu de l'ovaire. On a maintes fois constaté la présence de l'état sclérokystique de l'ovaire. Les trompes, comme dans un cas de Schwartz, peuvent être atteintes de dégénérescence kystique. Dans ce cas, on avait trouvé de petits kystes sous-péritonéaux des trompes.

En dehors des kystes dont ils peuvent être atteints, les ovaires peuvent présenter des adhérences, des néo-membranes, des déplacements. Les nerfs de l'ovaire pourraient présenter des lésions de névrite ascendante, qu'expliqueraient la persistance des douleurs après la castration.

Les névralgies pelviennes constituent une tare très sérieuse. Il s'agit d'une affection très douloureuse, d'une durée presque indéfinie, en tout cas fort longue, obligeant les malades à renoncer à toute occupation active et les condamnant au lit pour de longues années. C'est dire en même temps la difficulté qu'on a à les traiter et le peu de résultat donné par le traitement interne.

Même le traitement chirurgical donne des insuccès à peu près constants lorsqu'il s'agit de névroses, d'hystérie, de lésions nerveuses centrales et peut-être périphériques. La plupart des chirurgiens s'accordent à reconnaître que l'opération ne peut donner de succès complet que lorsque les lésions des annexes sont bien manifestes. Dans tous les cas, l'opération n'est justifiée que lorsque l'application persévérante du traitement interne a complètement échoué. Ajoutons que, quelquefois, la simple laparotomie sans ablation d'aucun organe a suffi dans certains cas pour procurer la guérison.

Le traitement est à la fois local et général. On devra d'abord étudier l'affection au point de vue des causes qui peuvent la déterminer : causes locales, lésions de toutes sortes, causes générales, névropathie, principalement hystérie. Les névralgies pelviennes, en effet, exercent une influence désastreuse sur la santé générale, et il faut aider à la restauration des forces par tous les moyens médicamenteux et hygiéniques.

Quant au traitement médical proprement dit, c'est celui de toutes les névralgies. Les moyens, il faut le reconnaître, sont malheureusement parfois aussi impuissants qu'ils sont variés, depuis les narcotiques, injections de morphine, suppositoires, calmants, jusqu'aux stupéfiants, aconitine et belladone.

Ce sont les moyens locaux qui donneront les résultats les moins mauvais. On aura recours à l'hydrothérapie appliquée localement. à l'électricité. Si l'on emploie ce dernier moyen, on devra distinguer entre les névralgies hystériques et les névralgies neurasthéniques. Dans le premier cas, on aura recours au courant faradique appliqué soit au-dessus du pubis, une électrode étant introduit dans l'utérus, soit à la faradisation intrautérine bipolaire suivant le procédé d'Apostoli.

Dans les névralgies pelviennes d'origine neurasthénique, c'est de préférence aux courants continus qu'il faudra recourir, à direction descendante, appliqués sur la colonne vertébrale et au niveau des points douloureux. On pourra de même employer avec avantage les courants alternatifs de haute fréquence et surtout le courant sinusoïdal. La faradisation lombo-utérine ou lombo-vaginale donnera parfois des succès. Les séances varieront d'une durée de 10 à 20 minutes, et il sera possible, au bout de la séance, d'obtenir la cessation complète, quoique momentanée, de la douleur. Mais les résultats durables ne seront obtenus qu'après de nombreuses séances et après des essais très variés, si toutefois ils sont obtenus. L'électrisation statique a une action non seulement antinévralgique, mais tonique générale et pourra, à ces points de vue, rendre des services.

Le traitement général a une grande importance. On prescrira un régime tonique, non excitant, un exercice modéré contre lequel les malades sont volontiers rebelles en raison des douleurs que tout exercice réveille. On soutiendra leur moral par des occupations intellectuelles.

L'hydrothérapie peut être pratiquée en toute saison, et peut, à elle seule, procurer la guérison, si elle est bien dirigée.

Les malades retireront encore de grands avantages d'une eau thermale pendant l'été. Néris, Plombières, Luxeuil, Dax, Saint-Sauveur, Ragatz sont les stations les plus recommandées dans le traitement des névralgies utéro-ovariennes. Un fait qui ressort de la plupart des observations, c'est l'inutilité de l'intervention chirurgicale. Reclus parle d'une malade atteinte de névralgie de l'ovaire chez laquelle il fit avec succès l'opération de Battey. Plus tard, les douleurs reparurent avec une telle intensité, que la malade revint réclamer une nouvelle intervention qui fut refusée. Un autre chirurgien, auquel elle s'adressa, fit l'hystérectomie. Le succès fut immédiat, mais bientôt la malade recommença à souffrir autant qu'auparavant. Chez une autre Femme, les douleurs persistèrent après l'ablation d'un kyste de l'ovaire. Kirmisson a fait la castration chez une Femme de 33 ans, nettement hystérique, qui se plaignait de douleurs très vives, irradiées dans tout le bassin, sans lésions cliniquement appréciables. Les deux ovaires enlevés étaient sclérokystiques. Après une période favorable de 5 ou 6 mois, les douleurs pelviennes reparurent avec la même intensité qu'avant l'opération. Terrillon déclare que l'opération a donné des résultats chez des malades qui présentaient des lésions utéro-ovariennes sans hystérie. Quénu paraît considérer toute névralgie pelvienne comme étant d'origine hystérique, et posant en principe que les opérations ne réussissent pas dans l'hystérie, il pense que l'intervention est inutile dans les névralgies pelviennes. Cependant, Richelot déclare avoir obtenu une guérison complète chez une hystérique. Dans un cas de Bousquet, on enleva l'ovaire gauche douloureux chez une Femme de 32 ans, souffrant de douleurs considérables irradiées dans tout l'abdomen. Pendant près d'un an, les douleurs ne reparurent pas, et on put croire à une guérison radicale. Mais la malade recommença à souffrir, et les douleurs atteignirent bientôt la même intensité qu'auparavant.

D'un autre côté, des névralgies pelviennes peuvent guérir spontanément, comme dans le cas cité par Verneuil, dans lequel l'opération était décidée, lorsque à la suite d'une attaque de manie aiguë, tous les phénomènes douloureux disparurent du côté du bassin. Dans un autre cas analogue, extrêmement douloureux, la laparotomie fut proposée, mais deux mois plus tard, la malade était absolument guérie sans avoir subi d'opération.



REVUE BELGE

Rouffart. — INTERVENTION ABDOMINALE DANS LE CANCER UTÉRIN. (*Bulletin de la Société Belge de gynécologie et d'obstétrique*, 1898.)

Depuis la séance de juin de notre Société où mon adjoint, le regretté Cittadini, et moi-même avons posé les indications dans lesquelles la laparotomie doit remplacer l'hystérectomie vaginale comme cure radicale du cancer utérin, cette question a fait du chemin. Parmi ceux d'entre nous qui, à cette époque, s'en montraient adversaires et préconisaient l'hystérectomie vaginale comme méthode de choix du traitement radical du cancer utérin, M. Jacobs a été l'un des premiers à admettre les indications telles que nous les avons formulées et il nous a donné ici des résultats opératoires qui sont fort encourageants. A la Société de chirurgie, le traitement du cancer utérin a fait l'objet de nombreuses communications : M. le docteur Lavisé a rapporté un cas où par laparotomie il a enlevé un utérus cancéreux avec ganglions. M. le docteur Depage, tout en n'ayant jamais pratiqué d'hystérectomie abdominale pour cancer, n'a pas mis en doute la valeur de la voie haute dans le traitement de l'utérus carcinomateux. Verneuil, à la même Société, a considéré la voie abdominale comme bien supérieure à la voie périnéale, pour enlever les cancers de la matrice.

La question qui a été soulevée au sein de notre Société est fort intéressante, et nous devons continuer à apporter ici les résultats de notre pratique.

C'est à ce titre que je soumets à votre appréciation une opération pratiquée à l'hôpital Saint-Jean. La relation en a été prise par mon adjoint, M. le docteur Van Dam.

Philomène Thielemans, veuve Lafont, 48 ans, ménagère, demeurant, 19, boulevard Barthélémy, entre dans le service le 9 janvier 1898.

Elle se plaint de douleurs continues à caractère lancinant (coups de canif) siégeant surtout dans le flanc gauche, mais s'irradiant vers le sein gauche et vers le dos.

Ces douleurs augmentent par la pression et par la défécation.

Elles existent également du côté de la vessie; la miction est pénible et très difficile.

Outre cela, il y a encore de la pesanteur dans les reins.

La malade accuse des pertes blanches, rouges, et quelquefois brunâtres, très liquides, d'odeur fade, mais non putride.

Ces pertes sont constantes : la détermination de l'époque menstruelle n'est plus possible.

Antécédents personnels. — Le début de ces accidents remonte à trois ans.

A cette époque, Philomène Thielemans a fait un séjour dans le service.

Elle avait alors des ménorragies ; ses règles étaient beaucoup plus abondantes et plus prolongées que normalement.

Le sang menstruel contenait des caillots volumineux (gros comme le poing, au dire de la malade).

Le traitement institué consista dans un curettage et une amputation du col.

Au bout de quinze jours, guérison et sortie.

Les pansements sont continués à la consultation pendant une quinzaine de jours.

Un an et demi après le premier séjour, Philomène Thielemans sollicite de rechef son admission.

Celle-ci est motivée par des douleurs identiques comme caractère et comme siège aux sensations douloureuses actuelles, mais survenant de préférence avant, pendant et immédiatement après la période menstruelle.

Elles suivaient, au point de vue de l'intensité, une marche graduellement décroissante depuis le début des règles jusqu'à leur terminaison.

Cet état de choses nécessita des cautérisations du col au thermocautère.

La malade les supporta mal, et exigea sa sortie au bout de trois jours.

Passé génital. — Menstruée à 14 ans. Régulièrement d'emblée. Les règles étaient habituellement d'abondance moyenne, sans caillots ; non précédées, accompagnées ni suivies de douleurs.

Elles duraient huit jours et revenaient tous les mois.

La malade a eu quatre enfants, dont un seul vit.

Le plus âgé des enfants aurait 31 ans (mort de rhumatisme articulaire aigu).

Le second a 29 ans, est en vie et bien portant.

Le troisième, une fille, en aurait 25 (morte de fièvre typhoïde).

Le quatrième enfant est mort à 6 mois 1/2 de méningite ; il aurait 24 ans.

La malade avait 17 ans lors de son premier accouchement. Elle ne renseigne pas de fausse couche.

Il paraîtrait qu'après le dernier accouchement, la patiente aurait souffert d'une affection vésicale dont elle ne sait déterminer la nature.

Cette affection, traitée et guérie, n'a pas laissé de traces subjectives, du moins jusqu'au début des désordres actuels.

Concomitants actuels. — Outre les symptômes génitaux déjà énumérés, Philomène Thielemans accuse depuis six mois des douleurs épigastriques, surtout après les repas.

L'appétit est bon, mais les digestions sont lentes et pénibles.

Parfois il y a des vomissements verdâtres qui présentent un caractère électif : ils surviennent à l'occasion de l'ingestion des pommes de terre et des légumes.

Les repas sont suivis généralement d'éructations, de battements, de somnolence.

La malade a mauvaise bouche, surtout le matin, et sa langue est le plus souvent chargée.

La constipation est habituelle et opiniâtre. Il se passe des huit jours sans que les selles réapparaissent.

Cet état s'est quelque peu amendé à la suite du traitement institué il y a six mois par le professeur Destrée. (Lavages d'estomac.) Quatre mois après, une rechute a nécessité une nouvelle hospitalisation, cette fois à l'Hôpital de Molenbeek.

Philomène Thielemans a beaucoup maigri, et est très anémiée, très jaune, très cachectique. Le moindre mouvement donne lieu à des palpitations cardiaques.

Elle rapporte ses souffrances actuelles, tant génitales que gastriques ou hépatiques, à des émotions morales dépressives.

Antécédents héréditaires. — Son père est mort de vieillesse à 95 ans.

Sa mère, décédée à 54 ans, était atteinte d'un carcinome de l'estomac.

A l'examen du ventre, on trouve le foie descendu et mobile, mais non dégénéré. Les autres organes sont normaux, sauf les organes génitaux. De ce côté, on trouve l'utérus immobilisé et présentant une ouverture en cratère. Les ligaments larges sont indurés, complètement entrepris par la néoplasie. Le vagin est le siège de végétations cancéreuses jusqu'à 2 centimètres environ de l'orifice vulvaire.

Nous nous trouvons donc en présence d'un cas de carcinome utérin pour lequel nous avions déjà tenté diverses opérations palliatives et qui ne rentre plus dans les indications de l'opération radicale telles que je les ai formulées il y a six mois pour l'emploi de la laparotomie dans le cancer utérin. Mais que faire en présence d'une telle lésion ? Toute intervention palliative ne devait nous conduire que vers le résultat auquel nous avions abouti avec le curettage et les cautérisations. D'un autre côté, l'élément douleur, qui était tel que la vie devenait intolérable, réclamait de nous une tentative de soulagement. C'est alors que nous avons pris la décision, sans en cacher la gravité à la malade, de faire une extirpation totale, rentrant ainsi dans les cas où les chirurgiens américains les ont préconisées pour la laparotomie dans le cancer utérin.

L'opération a eu lieu le 31 janvier 1898. Elle a duré une heure et quart.

A l'ouverture du ventre, nous constatons que sous le péritoine pelvien et dans les ligaments larges il n'existe pas de gros ganglion.

Nous faisons l'opération comme d'ordinaire en enlevant en masse tout le corps utérin.

Nous n'employons que du catgut, estimant que c'est autour des points de suture et des fils de ligature que, dans les régions où le cancer est plus accessible, on voit la récidive débuter. Le ligament large est ouvert et tout le tissu cellulaire enlevé. Dans ce tissu cellulaire on ne trouve que de petits ganglions. Le vagin est ensuite extirpé et toute la paroi qui touche à la vessie est enlevée, la paroi vésiculaire étant dégénérée est réséquée. Nous plaçons momentanément une sonde dans l'ouverture et la faisons passer par le vagin et la vulve. Puis nous fermons le péritoine au-dessus de la fistule par deux rangées de suture toujours au catgut.

Alors, changeant la Femme de position, je ferme la fistule vésicale parce que l'ouverture de la vessie est alors plus facilement accessible ; je tamponne légèrement ; il ne peut être question de fermer le vagin dont il ne reste presque rien.

Depuis l'opération, plus de douleur.

La Femme est encore à l'hôpital, mais en voie de guérison.

Un point de la suture vésicale n'a pas tenu et il reste une petite fistule qui, dans quelques jours, sera oblitérée.

C'est un résultat encourageant si l'on prend en considération que l'affection remontait à trois années, qu'il y a un an et demi j'avais déjà déclaré le cancer inopérable, qu'elle avait subi diverses opérations palliatives.

La pièce anatomique mérite de nous arrêter un instant : on y voit la dégénérescence cancéreuse s'étaler en surface et non en profondeur.

La lésion atteint la muqueuse du corps utérin dans ses deux tiers inférieurs, seul le fond de l'utérus est resté indemne de cette néoplasie.

La conséquence de cette disposition anatomique est que, si nous avions suivi le procédé opératoire préconisé par notre confrère Jacobs, nous aurions sectionné l'utérus au milieu de la néoplasie, ce qui est toujours une mauvaise façon de procéder. Je crois que, dans le cas de cancer surtout, il vaut mieux enlever en masse les tissus malades, car si la section ne porte pas sur des tissus dégénérés, elle intéresse toujours des tissus enflammés, puisque l'endométrite du corps accompagne généralement le cancer du col. Un autre reproche au même manuel opératoire, c'est l'emploi des fils de soie, je donne la préférence au catgut parce qu'il n'est pas un corps étranger, et dans la cure du cancer il est nécessaire de laisser une place nette sans aucun corps étranger qui irrite la surface et peut devenir le point de départ d'une récidive.

Jacobs. — RÉSULTATS TARDIFS DE L'INTERVENTION ABDOMINALE DANS LE CANCER UTÉRIN. (*Bulletin de la Société Belge de gynécologie et d'obstétrique*, 1898.)

Comme vient encore de le très bien dire M. Rouffart, il importe que nous apportions ici les résultats de nos opérations dirigées contre le cancer afin que les conclusions à en déduire viennent confirmer ou infirmer l'opportunité des idées que nous défendons. Dans cet ordre d'idées, je tiens à vous signaler les résultats actuels des premiers cas dans lesquels je suis intervenu par abdomen.

Parmi les premières observations que je vous ai décrites ayant trait à des cas de cancer utérin dans lesquels je suis intervenu par la voie abdominale, deux malades me sont revenues avec récidives.

La première de ces malades fut opérée par nous le 30 octobre 1897 (1). Je lui fis l'extirpation abdominale totale avec résection du tiers supérieur du vagin. Je pus évider complètement le ligament large gauche, mais à droite je dus abandonner un noyau d'infiltration à cause de ses connexions scabreuses avec les vaisseaux iliaques. Jusqu'à la fin de décembre 1897, l'état de la malade fut superbe : retour à la santé, absence de douleurs, aucune trace locale de carcinose. Dès le milieu de janvier 1898, réapparition de douleurs pelviennes dont l'intensité augmente rapidement. Induration limitée à droite, dans le fond du cul-de-sac vaginal ; la mobilité de ce dernier reste cependant nette. La défécation devient rare et douloureuse. Nous engageons la malade à subir une seconde

(1) JACOBS : *Annales de la Soc. belge de Gynécologie*, 1897, p. 134.



intervention, nous souvenant de l'intervention radicale secondaire que nous avions faite récemment dans un cas de récidive (1).

Nous fîmes cette seconde opération le 11 janvier 1898. L'abdomen ouvert, nous constatâmes plusieurs noyaux cancéreux disséminés sur l'intestin grêle, un gros noyau cancéreux à la partie moyenne de l'S iliaque. La base du ligament large droit est envahie par la dégénérescence, de même que le tissu cellulaire qui sépare la vessie du vagin ; le péritoine est intact.

En présence de ces lésions multiples qui eussent demandé l'ablation d'au moins 50 centimètres d'intestin, peut-être d'une partie de la vessie et peut-être aussi la ligature des vaisseaux iliaques droits, nous nous décidâmes à laisser les lésions telles quelles et à refermer les parois abdominales.

La seconde observation concerne la malade opérée le 25 novembre 1897 (2). Nous fûmes dans cette première opération forcé d'abandonner quelques ganglions dans le ligament large gauche à cause de leur situation et de leurs adhérences. La malade nous revint en janvier 1898 avec une récidive vaginale. Nous la décidâmes encore à une seconde intervention, espérant toujours pouvoir parfaire l'évidement pelvien. Mise sous chloroforme le 8 janvier 1898, nous pûmes faire l'examen profond et constatâmes une fois de plus de nombreux noyaux carcinomateux dans l'intestin.

Nous attirons votre attention sur la fréquence de ces récidives intestinales, non pas seulement de voisinage, mais à distance.

Nous dûmes borner notre intervention à une opération locale vaginale : cautérisation des bourgeons charnus et tamponnement antiseptique.

Ces cas malheureux ne viennent en rien, jusqu'à présent, détruire les idées que nous avons défendues ici avec M. Rouffart ; au contraire, elles viennent confirmer les restrictions que je vous avais faites en vous communiquant nos premières observations, à savoir que nous opérons trop tardivement. Tant que nous ne pourrons intervenir au début du cancer par l'extirpation aussi complète que possible des lésions et des territoires lymphatiques voisins, nous devons nous attendre à voir survenir les récidives tout aussi rapidement que par n'importe quelle intervention. Nous avons pu exécuter l'opérations dans ces conditions idéales, mais nous attendons leurs résultats tardifs avant que de vous en exposer en détails les observations.

M. Lauwers vient de nous donner les résultats magnifiques obtenus par les opérations radicales qu'il a faites dans le cancer du corps. Dès aujourd'hui je tiens à lui faire remarquer que le cancer du corps n'est en rien comparable au cancer du col ; pour ce qui concerne les suites curatives, la récidive ne vient que tardivement.

Comme Lauwers, nous avons des cas de carcinose corporéale opérés par hystérectomie vaginale et indemnes de récidives après deux ans, résultat que cette opération ne nous a jamais donné dans la localisation cervicale.

REVUE DES THÈSES

Poret. — DES FIBROMES DE LA TROMPE UTÉRINE. (*Thèse de Paris*, 1897-1898.)

On trouve cette tumeur à l'âge adulte. Cinq malades étaient âgées de 20 à 30 ans, deux 50 ans. Deux avaient eu des enfants et une était jeune et vierge. Le fibromyome est une affection de la période active de la vie sexuelle. Il est possible que l'inflammation soit une cause des tumeurs. D'après Simpson, les fibromes de la trompe sont d'origine tubaire. Robert Barnes au contraire, en fait des tumeurs migratrices venant de l'utérus.

Dans cinq de nos observations l'origine tubaire paraît évidente. Les fibromes de la trompe atteignent la grosseur d'une tumeur de moyenne taille. Ces tumeurs s'implantent sur toute l'étendue de l'organe sans avoir plus de préférence pour un point que pour l'autre.

Les tumeurs siégeant dans le canal de la trompe sont peu nombreuses : nous en relatons 2 cas. On en rencontre dans la paroi tubaire, elles révèlent alors l'aspect d'une hypertrophie de la trompe comme l'a démontré Spaeth. La variété la plus nombreuse est celle qui part de la face externe de la trompe. Cette variété se subdivise en : 1° Tumeurs sessiles. 2° Tumeurs pédiculées. Le pédicule tantôt est gros comme l'index, tantôt mince et lamelliforme. Il est probable que dans les deux cas l'obstruction a lieu.

Le rapport avec les organes contenus dans le bassin sont de deux sortes : 1° rapport de contiguïté ; 2° rapport de continuité par adhérences. Ces néoplasmes sont toujours isolés ; dans aucune des observations on n'en a rencontré sur les organes voisins. Il reste à signaler la torsion du pédicule.

Dans la majorité des cas, l'examen microscopique de la tumeur a indiqué du fibromyome.

(1) JACOBS : *Loc. cit.*, 1898, p. 162.
(2) JACOBS : *Loc. cit.*, 1897, p. 135.

La symptomatologie et le diagnostic n'offrent point de signes pathognomoniques qui permettent de les reconnaître facilement. La thérapeutique, purement chirurgicale, est celle de toutes les tumeurs pédiculées du bassin.

Kheifetz. — DES FAUSSES GROSSESSES ET FAUSSES TUMEURS HYSTÉRIQUES. (*Thèse de Paris*, 1897-1898.)

Les cas de fausses grossesses se présentent généralement chez des Femmes âgées se rapprochant de la ménopause ; elles ont le plus souvent déjà eu des grossesses et savent par expérience les troubles dont cet état s'accompagne. Elles désirent être enceintes de nouveau ; quelquefois elles craignent une grossesse : ce sont généralement des Femmes plus jeunes qui ont à cacher des rapports illicites à leur entourage. Ainsi la peur ou le désir de la grossesse les hante.

Ces Femmes sont hystériques, qu'elles présentent des antécédents, des stigmates ou des attaques d'hystérie, ou que celles-ci soient chez elles à l'état latent. Le praticien ne doit pas se fier aux renseignements et aux affirmations de sa malade quelque pleines d'assurance qu'elle soit ; un examen attentif et soigneux peut seul lui permettre de porter le diagnostic véritable ; l'anesthésie chloroformique est la ressource à laquelle il faut recourir dans les cas difficiles, car elle permet de se fixer sûrement et rapidement sur la vraie nature des tumeurs et grossesses hystériques. Quelquefois la grossesse nerveuse suit son cours et arrive à terme. Le terme est dépassé sans que le travail commence ou bien les douleurs arrivent, mais elles ne donnent pas lieu à l'expulsion du fœtus.

Pour le faux kyste ovarique, dans certains cas, on apprend de la malade que la tumeur change de volume de temps en temps, qu'elle augmente pendant les époques menstruelles et diminue après. Puis l'âge de la malade (souvent il s'agit de jeunes filles) n'est pas en rapport avec le volume présumé de la tumeur. Par la percussion on obtient une zone de matité qui est quelquefois typique ; mais dans d'autres cas on fait cette remarque que la limite supérieure de cette zone mate ne correspond pas tout à fait à la limite de la tumeur donnée par la palpation ; on n'obtient pas la sensation de flot bien nette habituelle dans les kystes ovariques. Le toucher vaginal et rectal sont toujours négatifs. On procède encore à la palpation ; on fait un massage méthodique de la tumeur, et on peut arriver quelquefois à fatiguer par cette pression continue les muscles abdominaux contracturés ; alors la main pénètre profondément jusqu'à la colonne vertébrale et on se rend compte qu'il n'existe aucune tumeur.

Ou pour la palpation on soumet la malade à l'anesthésie chloroformique. Sitôt que le sommeil se produit, la tumeur disparaît.

Pour les kystes hydatiques du foie, c'est encore le chloroforme qui donne le diagnostic, ainsi que pour 2 cas où la tumeur fantôme siégeait à l'épigastre et dans la région hypochondriaque gauche.

Ajoutons que l'évolution ultérieure de ces tumeurs simulées, leur disparition spontanée ou provoquée par la suggestion, par des émotions violentes jouaient quelquefois le rôle qui est départi au chloroforme dans la plupart des cas.

L. Tait et Sp. Wells affirment avoir observé des faits analogues chez les Hommes, et Leube rapporte l'observation d'un Homme chez qui une contracture des muscles abdominaux associés à la dyspepsie simulait un cancer de l'estomac.

Il est établi que c'est l'hystérie qui crée ces états trompeurs ; le mécanisme de leur production n'est pas élucidé. Les observations et expériences nous amènent à 4 interprétations différentes.

1° Une quantité exagérée de gaz apparaît dans le tube intestinal ou dans l'estomac et distend ses parois de façon à ce que le ventre devienne ballonné.

2° La quantité de gaz n'est pas augmentée dans l'intestin, mais celle qui y était auparavant acquiert une force d'extension plus grande par suite de la paralysie des tuniques intestinales, d'où ballonnement du ventre.

3° Il se produit une paralysie des muscles de la paroi abdominale qui, ne pouvant plus résister à la pression des intestins distendus par les gaz, se relâchent dans toute leur étendue ou d'une manière partielle et déterminent ainsi l'apparence d'une tumeur abdominale ou d'une grossesse.

4° Certains muscles de l'abdomen, quelquefois aussi ceux du dos et surtout le diaphragme, se contracturent ; les autres se paralysent ou se relâchent, les organes abdominaux pressés par les muscles contracturés font hernie et soulèvent les muscles paralysés, d'où encore la même apparence d'un ventre contenant une tumeur ou un utérus gravide.

Le traitement consiste en première ligne dans l'anesthésie chloroformique, puis dans la suggestion.

R. PICHEVIN, *Directeur-Gérant.*

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE DAIX FRÈRES.
Maison spéciale pour Journaux et Revues.



SOMMAIRE

KYSTES WOLFFIENS DE LA VULVE

Par R. PICHEVIN et Léon WEBER.

(*Suite.*)

—

Voyons, maintenant, si notre kyste et les autres dont nous avons donné le résumé peuvent être considérés comme des exemples de kyste d'origine wolffienne.

Si on se reporte aux caractères que les auteurs assignent aux kystes wolffiens du vagin [*Poupinel* (1), *Chalot* (2), *Zweigbaum* (3), *Kümmel*] on voit qu'il faut baser le diagnostic sur l'augmentation de volume, la situation et la structure de ces productions kystiques.

1° L'augmentation de volume d'un kyste Wolffien sera lente et un caractère précieux sera la constatation de son existence depuis l'enfance.

2° Comme les canaux de Wolff-Gartner parcourent la paroi supéro-latérale du vagin, et viennent se terminer aux alentours de l'urèthre, un kyste wolffien aura un siège *supérieur* et possédera un prolongement dans la profondeur. Plus ce prolongement se rapprochera du parovaire, plus probable sera l'origine wolffienne du kyste.

3° La structure du kyste (surtout celle de son épithélium) n'aura pas un caractère absolument déterminé : on sait, en effet, à quelles variations physiologiqnes et pathologiques les épithéliums sont soumis.

Cependant, plus sa structure ressemblera à celle, soit du canal de Wolff chez l'embryon, soit mieux encore des dérivés adultes du canal de Wolff (épididyme, canal déférent, canaux de Gartner), plus il sera possible d'affirmer que le kyste est wolffien.

L'épithélium sera donc cylindrique, sur une ou plusieurs couches de hautes cellules cubiques sans cils (type déférent, type Gartnerien, bien que le canal de Gartner chez le Renard soit cilié selon von Preuschen) ou mieux avec cils (type épididymaire).

Nous disons *mieux*, parce que si un kyste glandulaire peut fournir un épithélium cubique sur plusieurs couches, il est plus difficile d'admettre qu'il donne un épithélium cilié.

L'épithélium reposera sur un chorion sans papilles, renfermant quelques fibres musculaires, puisque le canal de Wolff en possède de même que les dérivés adultes. On pourra aussi rencontrer dans un kyste wolffien un épithélium stratifié, coexistant avec l'épithélium cilié, et point n'est besoin d'invoquer pour cela un pincement peu vraisemblable de l'ectoderme (Lagrange) ; mais il suffit de considérer que les canaux éjaculateurs (wolffiens) possèdent un épithélium stratifié (Klein) (4), en tout semblable à celui de l'urèthre, et que les canaux de Gartner à leur terminaison sont tapissés d'un épithélium analogue à celui du vestibule.

Les cas que nous avons recueillis présentent-ils ces caractères généraux ?

1° NOTRE CAS. — Le kyste avait mis plusieurs années à se développer ; il est même fort possible qu'il ait débuté quelques années avant que la malade ne s'en fût aperçu. Sa situation, vestibulo-labiale, ses connexions avec la profondeur, répondent à la situation qu'on assigne aux débris des canaux de Wolff. Enfin sa structure et surtout celle de l'épithélium cilié composé de plusieurs couches de cellules cylindriques, répondent aux conditions qui permettent d'assigner au kyste une origine congénitale.

Cependant, chez notre malade la paroi kystique manque de fibres lisses et, en certains points, sa face interne est dépourvue d'épithélium. Pour ce qui est des fibres lisses, étant donnés le volume du kyste et le développement considérable de la paroi, il est possible que la couche musculaire ait été très amincie et que les coupes examinées n'en portaient pas. Du reste, dans notre cas nous n'écartons pas absolument la possibilité de l'existence de ces fibres lisses.

Comment interpréter cette absence d'épithélium en un point ? On peut l'expliquer non par une chute de l'épithélium, comme au niveau de la partie dégénérée, mais par le fait que le canal de Gartner, en tant que vestige atrophique, pouvait parfaitement n'être plus un canal fermé, mais une simple traînée épithéliale qui aurait sécrété et donné lieu à un kyste. Le liquide sécrété aurait été fourni par cette petite portion de l'épithélium stratifié qui avait subi la transformation muqueuse.

Notre kyste possède donc la plupart des caractères de *présomption* assignés à un kyste wolffien.

CAS DE LAGRANGE.— Lagrange, se basant sur la présence des cils à la face interne du kyste, faisait provenir celui-ci d'un canal de Müller et assignait à l'épithélium stratifié une origine ectodermique. Nous pensons différemment et croyons que ce kyste, par sa structure, se rapproche sensiblement du nôtre. Quant à sa situation dans la grande lèvre, elle peut parfaitement être secondaire, puisque le kyste poussait un prolongement profond du côté de la branche ischio-pubienne.

CAS DE KÜMMEL.— Bien que Kümmel lui-même ne veuille pas admettre les cas qu'il publie comme étant d'origine wolffienne, par ce fait que les restes gartnériens n'ont pas été signalés dans les petites lèvres, nous ne pensons pas moins que ses kystes sont probablement d'origine congénitale, quoiqu'ils ne présentent pas les mêmes caractères d'authenticité que les précédents.

CAS DE MERTZ. — Ce cas est malheureusement relaté par l'auteur d'une manière trop succincte ; néanmoins on peut, pour lui aussi, invoquer l'origine wolffienne : volume considérable, connexions profondes avec les parois vaginales, situation supérieure, épithélium cilié.

Cas d'ULESKO-STROGONOVA.— Le kyste, bien que pourvu d'un épithélium cilié, ne provient peut-être pas des restes du canal de Wolff. Sa situation plutôt inférieure, sa croissance relativement rapide (1 année 1/2), son chorion papillaire, sa paroi dépourvue de fibres lisses, enfin l'existence tout à côté, en arrière, d'un second kyste dans les parois du vagin, plaideraient plutôt en faveur d'un kyste développé aux dépens d'une de ces glandes vaginales décrites par Von Preuschen et qui seraient revêtues, d'après lui, d'un épithélium cilié. Il est bon d'ajouter que l'opinion de Von Preuschen n'est pas généralement admise et qu'elle mérite d'être soumise au contrôle de l'observation microscopique. Dans tous les cas, il y a lieu de faire des réserves sur l'origine qu'il faut attribuer au kyste décrit par Ulesco.

B. Kystes à épithélium non cilié.

Nous avons groupé les kystes revêtus d'un épithélium cilié comme possédant un caractère commun d'une grande valeur en faveur de leur origine congénitale. Cependant il peut exister des kystes congénitaux non ciliés, puisque le canal de Gartner de la plupart des Animaux et de la Femme n'a pas de cils.

En étudiant les diverses observations de kystes, nous avons pu recueillir les cas de *Brandt* (1), de *de Mayaldhães* (2), de

(1) POUPINEL. Thèse de Paris, 1889.
(2) CHALOT. Kystes wolffiens du vagin. *Ann. de gyn.*, t. 38, 1892, p. 11.
(3) ZWEIGBAUM. Ueber die Cysten der Scheide. (*Monatschrift f. Geb. und Gyn.*, 1896, vol. 3, p. 21.
(4) KLEIN. Stricker's Handbuch, p. 640.

(1) BRANDT. Kyste de la petite lèvre. *Jour. des mal. des femmes de Saint-Pétersbourg*, 1894, p. 851.
(2) DE MAYALDHAES. Contribution à l'étude des kystes séreux des petites lèvres. *Mémoires de l'Ac. de méd.*, 1897, p. 227 et 693.



Villar (1), de *Johnston* (2), de *Veit* (3) qui se rapprochent tant par la situation que par leur structure (à part la ciliation) des cas que nous citons.

Dans le cas de *Brandt*, il s'agissait d'un kyte de la petite lèvre assez semblable à première vue aux kystes sébacés ordinaires. Mais les caractères de son épithélium à cellules cylindriques ; son contenu mi-partie blanc, granuleux comme dans notre cas, mi-partie liquide ; sa situation tout près du clitoris, son lent développement, font plutôt penser à un kyste congénital qu'à un kyste par rétention glandulaire.

Celui de *de Mayaldhães* a trait à une femme de 25 ans, qui portait depuis l'âge de 12 ans, une tumeur de 8 centimètres de long à la petite lèvre droite. Pas de douleurs. Ablation. Contenu séreux, clair, limpide, à peine jaunâtre, aseptique. A l'examen histologique, épithélium à larges cellules prismatiques, presque cubiques, à noyaux tous situés sur la même hauteur. Dans le chorion quelques petits bourgeons papilliformes.

L'auteur lui-même fait provenir ce kyste du canal de Gartner ; son cas présente en effet tous les caractères que nous avons donnés aux kystes wolffiens, hormis la ciliation.

Johnston et *Veit* assignent la même origine aux kystes qu'ils ont observés. Dans celui de Johnston il s'agissait de tout un chapelet de kystes dont le plus antérieur était situé sous le méat et le plus postérieur au niveau du col. L'épithélium cylindrique, les fibres lisses de la paroi, la situation des kystes multiples en des points qui correspondent au trajet connu du canal de Gartner, sont des caractères qui font croire à une origine congénitale.

Le cas de Veit est relaté d'une manière trop brève pour que l'on puisse s'en faire une idée exacte. Néanmoins l'épithélium partout pavimenteux stratifié, les deux orifices communiquant avec l'urèthre, que Veit signale, ne sont pas en faveur de l'origine wolffienne de ce kyste et se rapprochent plutôt des cas dont nous allons parler.

Nous ne nous étendrons pas sur le cas de *Villar*, rangé par cet auteur dans la classe des kystes dermoïdes ; il possédait plusieurs caractères des kystes wolffiens, mais son contenu était franchement sébacé, ce qui n'a été le cas pour aucun kyste wolffien. L'origine de ce kyste est donc contestable.

Pour nous résumer, nous dirons que dans la plupart de ces cas il s'agit de kystes qui sont situés non loin de la terminaison possible du canal de Gartner; ils sont tapissés d'un épithélium cubique sur une ou plusieurs couches, ont un contenu liquide ou épais; certains possèdent même des fibres lisses et un chorion sans papilles. Néanmoins, nous ne les citons qu'avec réserve, leur origine congénitale étant moins certaine que celle des kystes précédents.

2° KYSTES DES CANAUX DE SKENE.

Pour montrer la différence considérable qui existe entre les kystes auxquels nous imputons une origine congénitale, et les kystes d'une autre provenance, nous donnons ici une autre observation inédite.

Comme on le verra, *cliniquement*, cette observation se rapproche beaucoup de notre premier cas, mais les caractères histologiques lui assignent une tout autre origine.

Observation II.

Arm. Hér.., 34 ans ; entrée à l'hôpital Necker, dans le service du Professeur Le Dentu, le 20 juillet 1896.

La malade a remarqué il y a plusieurs années une tumeur située à la partie gauche de la vulve, tumeur qui augmentait progressivement et avait fini par atteindre le volume d'un petit œuf de poule.

Examen. — On constate, en effet, une tumeur de la grande lèvre gauche, qui envahit et distend tout le tiers supérieur de cette dernière et s'étend à la base de la petite lèvre, jusqu'à la paroi supéro-latérale gauche du vagin ; si bien que la petite lèvre forme comme une crête de coq sur la surface libre de la tumeur. Il n'existe aucun changement de coloration à la peau, qui est simplement amincie.

A la palpation, la tumeur est irréductible et nettement fluctuante et ne se prolonge pas profondément dans le vagin.

La malade ne ressent aucune douleur ; seul le coït se trouve quelque peu incommodé. Pendant la marche cette Femme est un peu gênée.

(1) Villar. In. *Thèse de Sage*, Bordeaux, 1894-95.
(2) Johnston. *American Journ. of Obstetrics*, nov. 1887.
(3) Veit. *Monatschrift f. Geb. und Gyn.*, 1897, II, p. 76.

Excision. — La tumeur est disséquée, mais s'ouvre pendant l'opération ; il s'écoule un liquide absolument clair.

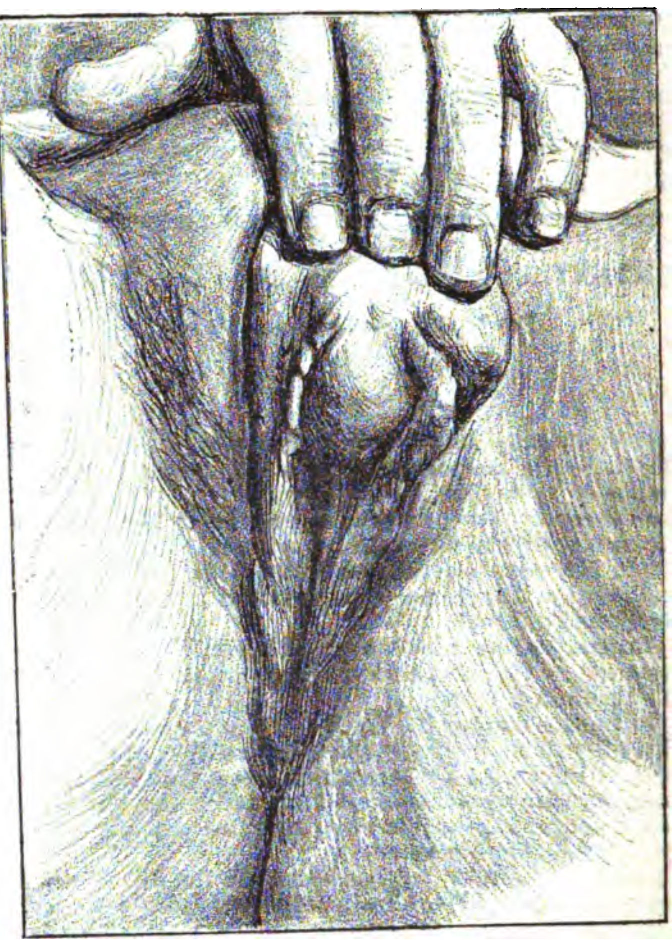


Fig. 4.

Suture à deux places. Réunion par première intention. — La malade sort de l'hôpital le 1er août.

Examen histologique.

Paraffine. Hématoxyline. Eosine.

Fixation des pièces à l'alcool.

La paroi, épaisse de 10 à 12 mm, est composée comme suit :

Epithelium de la muqueuse interne de la grande lèvre, pavimenteux, stratifié et corné, sur derme papillaire ; ce dernier contient une ou deux glandes sébacées.

Stroma conjonctif lamelleux, assez dense, ne contenant pas de fibres musculaires propres, mais renfermant de nombreux vaisseaux. Ceux-ci, surtout du côté de la paroi interne du kyste, sont entourés de nombreux leucocytes et leur endothélium est très épaissi.

L'épithelium kystique est un épithélium stratifié, sur 3 à 15 couches, composé de cellules élevées, étroites par leur base, larges par le haut, très semblables à celles de l'urèthre. Quelques-unes ont subi la transformation muqueuse.

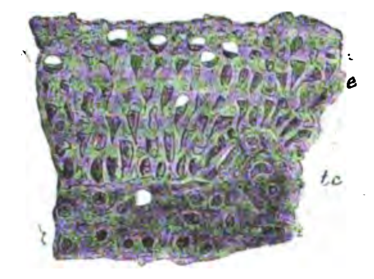


Fig. 5.

Cet épithélium s'élève sur des papilles très basses et très larges.

On voit que, dans ce cas, la structure se distingue entièrement de notre observation précédente. Le chorion est nettement papillaire, l'épithélium est partout le même, stratifié avec cellules en

forme de coin ayant les caractères de celui que les Allemands appellent *Uebergangsepithel* et qui est analogue au revêtement uréthral.

Cas de de Bary (1). *Cas* 1. — Petite fille d'une année, porte à la vulve une petite tumeur rougeâtre, molle, fluctuante, longue d'environ 3 centimètres, située tout près de l'urèthre entre le méat et le vagin.

Contenu clair. A l'examen histologique on constate un épithélium stratifié à cellules allongées, semblables à celles qui tapissent l'urèthre. (*Uebergangsepithel*).

Cas 2. — Cadavre d'une jeune fille de 23 ans ; morte d'accidents dus à une rétention prolongée des urines (dilatation chronique de la vessie, des uretères, néphrite). A la vulve existe un kyste du volume d'un œuf d'oie, situé entre le canal uréthral et le vagin. Contenu clair, aqueux. L'examen histologique montre que la paroi interne était tapissée d'une rangée de cellules analogues à celles de la vessie.

Ces cas sont, comme on le voit, analogues aux précédents : même tumeur vulvaire, même contenu liquide, même volume, cependant ils en diffèrent quelque peu déjà cliniquement par les rapports intimes qu'ils affectent toujours avec les parois uréthrales, ainsi que par leur siège qui est plutôt uréthro-vaginal que vestibulaire.

Cette différence est encore plus marquée à l'examen histologique : ces kystes possèdent un chorion papillaire et ne sont plus revêtus par un épithélium cylindrique sur une ou plusieurs couches avec ou sans cils, mais par un épithélium du type uréthral, à cellules de 3 à 10 couches de forme triangulaire sur une coupe, épithélium en tout semblable à celui que Max Schüller décrivait au niveau des canaux de Skene, qui s'ouvrent normalement de chaque côté du méat et qui ne sont, comme nous l'avons vu, que les conduits excréteurs des glandes prostatiques de la femme.

Cette origine est d'autant plus probable que, dans le cas de *de Bary*, la surface externe de la tumeur extirpée présentait encore l'orifice d'un des canaux de Skene.

En résumé, il existe à la partie supérieure de la vulve, outre les kystes glandulaires par rétention, des kystes cliniquement semblables, mais de structure différente, dont le diagnostic s'établira surtout par l'examen histologique.

Les uns se développent dans les canaux de Skene et se reconnaissent à leur épithélium spécial.

Les autres prennent évidemment leur origine dans les canaux de Wolff-Gartner. Des arguments tirés de l'anatomie comparée, de l'embryologie, de la clinique démontrent, en effet, l'existence de vestiges wolffiens, au niveau du vestibule. D'autre part, les cas que nous avons réunis, s'ils ne possèdent aucune preuve particulière entraînant l'absolue certitude, réunissent un faisceau de caractères qui permettent de leur assigner presque à coup sûr une origine wolffienne.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE PICARDIE

6 *Avril* 1898.

Pauchet. — Opération césarienne. — Inertie utérine. — Hystérectomie abdominale immédiate. — Mère et enfants vivants.

Primipare, 40 ans, rachitique, bassin rétréci, terme dépassé. — Opération césarienne le 15 février, — pratiquée en 10 minutes. — Enfant de neuf livres vivant. — Inertie utérine, hémorragie foudroyante, syncope, arrêt de la respiration. - Le ventre est ouvert de nouveau, l'utérus culbuté en avant, lié circulairement à la soie, coupé en travers au-dessous de la ligature et fixé à la paroi par 4 points de suture. — Un surjet rapide referme l'abdomen. — La malade revient peu à peu à la vie. — Lavements salés et alcoolisés chauds toutes les 2 heures. — Suites apyrétiques ; le pédicule s'élimine au bout de quinze jours, la cicatrisation est complète au bout d'un mois.

L'auteur conclut qu'avec les progrès actuels de la chirurgie abdominale, il ne faut plus pratiquer la césarienne, mais l'hystérectomie abdominale. Et à ce sujet, il ne faut pas employer le procédé de Porro comme l'auteur a été contraint de le faire, mais avoir recours d'emblée à la castration abdominale totale comme s'il s'agissait d'un fibrome utérin.

REVUE FRANÇAISE

J. Vitrac. — Tuberculose végétante du col utérin simulant le cancer. (*Arch. de médecine expérim. et d'anatomie pathol.*, n° 2 mars 1898).

Jeanne P. entre, le 23 février 1897, dans le service de M. le professeur Lanelongue ; elle se plaint de douleurs dans le bas-ventre et de pertes blanches qui la fatiguent. Dans ses antécédents héréditaires on note la tuberculose. A l'âge de sept ans, en jouant, elle est tombée les jambes écartées sur la pointe recourbée d'un racloir en fer qui a pénétré dans les organes génitaux. Pendant 2 jours, une hémorragie persista assez abondante pour nécessiter un tamponnement. La malade conserva une certaine sensibilité dans le bas-ventre et de l'endolorissement mal localisé. Nous remarquons ensuite, dans la seconde période, une succession de troubles urinaires et génitaux précédant de longtemps les premiers rapports sexuels ; enfin, l'incertitude de la menstruation.

Cette femme est de petite taille, bien conformée, ayant conservé un certain embonpoint. A l'examen, on ne trouvait aucune tuméfaction dans le bas-ventre ; au-dessus du pubis, la palpation était un peu douloureuse, réveillant l'envie d'uriner. A gauche, dans la fosse iliaque on sentait une certaine consistance avec quelque sensibilité. Le toucher vaginal permit de constater que le col utérin était le siège d'une lésion bien localisée : en effet, les parties vulvaires n'avaient subi aucune modification, non plus que la muqueuse vaginale, où le doigt ne pouvait percevoir aucune saillie granuleuse. Au fond du vagin, au contraire, le doigt rencontrait une masse végétante, du volume d'une noix, qui semblait tout d'abord avoir envahi tout le museau de tanche. Mais, en réalité, la lèvre antérieure était, dans toute son étendue (endocervicale et vaginale), absolument saine et la lèvre postérieure faisait tous les frais de la transformation constatée. A sa place, en effet, on retrouvait une surface bourgeonneante qui s'étendait d'une commissure à l'autre en empiétant davantage sur la commissure gauche.

Parmi ces élevures, la plupart semblaient ne pas dépasser le volume d'un grain de chanvre, tandis que d'autres formaient, en s'élevant au-dessus de leur niveau, une saillie plus considérable.

L'une d'elles devait avoir le volume d'un haricot et tout autour, un sillon assez profond la séparait des surfaces voisines, tandis qu'entre celles-ci n'existaient que de très légères fissures à peine perceptibles. La saillie de ces masses bourgeonnantes ne penchait pas dans le canal cervical plus haut que sa partie orificielle tandis que vers le cul-de-sac vaginal elle n'allait pas au delà de la lèvre elle-même.

La consistance de la tumeur dans l'ensemble était élastique, souple donnant au doigt explorateur la sensation d'une surface mûriforme et veloutée. L'utérus était petit, mobile, mais difficile à explorer. Les culs-de-sac étaient un peu douloureux à la pression ; pas de tuméfaction à droite ; mais à gauche on sentait une masse du volume d'un poing d'enfant, fluctuante, peu douloureuse, et peu mobile, qui fit penser à un kyste de l'ovaire ou à une collection froide de la trompe. A en juger par la souplesse des fosses iliaques, le petit bassin devait être indemne de toute lésion péritonéale La vessie, explorée au-dessus du pubis ou par le vagin, était sensible à la pression, mais d'une façon, irrégulière. Le trajet de l'uretère gauche était extrêmement douloureux, ainsi que le rein correspondant, lui-même, un peu augmenté de volume. La quantité des urines, émises par 24 heures, était au-dessous de la normale, environ 700 grammes. Elles ne contenaient ni sucre, ni albumine, ni dépôt. Appareil respiratoire : inspiration rude, expiration prolongée ; affaiblissement de la sonorité (surtout à gauche) et du murmure vésiculaire. Pas de râle, rien aux bases pleurales.

Appareil circulatoire normal.

Système nerveux : hémihypœsthésie complète du côté droit ; zones anesthésiques dans la région de l'épaule, etc. Troubles du goût et de l'odorat ; rétrécissement du champ visuel, etc.

La malade, quoique hystérique depuis longtemps, n'avait pas eu de crises d'hystérie.

Aucun symptôme d'arthrite.

Pas d'adénopathie ganglionnaire, pas de fièvre.

Par l'hystérométrie, la cavité utérine fut reconnue libre ne contenant pas de débris ; mais elle laissait écouler un liquide épais et filant dont l'examen et l'inoculation restèrent négatifs au point de vue bactériologique. La sécrétion de ce liquide était plus abondante encore au niveau du col. L'utérus était mobile et abaissable. Un fragment pris sur les végétations du col fut examiné, et sa nature tuberculeuse reconnue.

(1) De Bary. Ueber Zwei Fälle von Cysten in der Wand der Weiblichen Harnröhre. (*Virchow's Archiv.*, 1886, vol. 106, p. 56 à 80, 1 pl.)



Le 11 février l'hystérectomie fut pratiquée par le professeur Lanelongue. Il fit autour du col une incision qui, en arrière, allait jusqu'au cul-de-sac vaginal de manière à enlever un lambeau de la muqueuse vaginale. Puis l'utérus abaissé et les culs-de-sac péritonéaux ouverts, on s'aperçoit que le mouvement de descente était bridé par l'existence, du côté gauche, d'un kyste ovarique gros comme une orange. La ponction de ce kyste et son évacuation permirent alors de terminer plus facilement l'opération. Des deux côtés les annexes étaient saines, et sur les surfaces péritonéales il ne paraissait exister aucune granulation tuberculeuse.

Drainage et tamponnement à la gaze iodoformée. La cicatrisation marche très lentement, bien qu'aucune infection ne fût survenue. Deux mois après l'opération, il restait au fond du bassin une saillie rouge, mollasse, bourgeonnante, grosse comme un haricot.

Entre temps et pendant quelques jours, Jeanne P. avait recommencé à souffrir au moment des mictions, et toujours sans modifications des urines.

Elle se plaignit également de ressentir quelques douleurs dans la fosse iliaque, d'avoir de la céphalée, dont l'état hystérique de la malade exagérait l'importance. Au reste, la santé générale restait toujours satisfaisante.

Du côté gauche l'ovaire est kystique, son contenu est jaune citrin, un peu visqueux ; au niveau du pôle externe de l'ovaire, la paroi est parsemée intérieurement de végétations papillaires.

Le col présente à son orifice un bouchon rougeâtre irrégulier, au milieu duquel on distingue une végétation principale de la grosseur d'un haricot. Autour d'elle une couronne de végétations plus petites, de même coloration, rouge violacée, et dans leurs intervalles de petits sillons qui renferment un liquide séro-sanguinolent épais. Sur la lèvre cervicale il y a des végétations petites comme des grains de millet, quelques-unes paraissant pédiculées, d'autres plus étalées.

Examen microscopique. On voit que les productions tuberculeuses sont agglomérées dans l'épaisseur de la lèvre cervicale ; elles s'étendent même sous forme d'une masse cohérente entre le fond des glandes en dedans et la muqueuse cervico-vaginale en dehors, en provoquant la distension, le renflement végétant que dessine celle-ci. Dans tout cet espace les follicules se confondent plus ou moins : quelques-uns sont encore séparés les uns des autres par les organes autour desquels ils se sont développés, acini, conduits glandulaires, vaisseaux, exceptionnellement par des tractus conjonctifs adultes ou par les cellules normales du chorion ; mais partout ailleurs, ces cellules dégénérées, la substance amorphe qui les sépare habituellement, et de grosses cellules connectives, également dégénérées, contribuent, en se mêlant aux amas de cellules embryonnaires et aux globules rouges issus des capillaires, à former un ciment qui unit entre eux tous les follicules.

Ajoutons que la recherche des Bacilles a été positive et que l'inoculation du Cobaye a été suivie de tuberculose expérimentale. Il s'agissait d'une tuberculose à Bacilles très rares.

En résumé, dans le cas que nous avons observé, la tuberculose était absolument limitée au col de l'utérus.

Ayant provoqué vers la muqueuse endocervicale et ses glandes une ulcération superficielle et peu étendue en surface elle avait, au contraire (sauf en un point très limité), respecté l'épithélium pavimenteux stratifié du bord cervico-vaginal.

Là, la distension de la muqueuse par les tubercules sous-jacents, et aussi les diverses altérations provoquées dans le chorion par leur voisinage, avaient déterminé l'apparition des saillies qui étaient en relief sur le bord libre et la face externe des lèvres du col.

Ces formations végétantes, à contours limités, lisses, non ulcérés, étaient, par leur volume plus considérable, par leur aspect et par leur structure, assez différentes des petites élevures qui bordent les tuberculoses habituellement ulcérées du col utérin, pour que nous puissions caractériser d'après elles une forme « végétante » de la tuberculose cervicale.

Depuis que Cornil a magistralement décrit la tuberculose utérine, on a dit peu de choses nouvelles sur cette affection et en particulier sur sa localisation cervicale.

La tuberculose du col a toujours été considérée comme très rare : « C'est une exception rarissime de voir le col primitivement ou seul malade », disait Cornil, qui ne connaissait que deux cas de ce genre.

Il est certain que très souvent le col est, en même temps et de la même façon que le reste de l'utérus, infecté par la circulation générale quand la femme est par ailleurs tuberculeuse.

A ce mode d'infection à distance peut se joindre l'influence de la propagation de proche en proche quand, avant d'envahir la matrice, les Bacilles sont restés quelque temps localisés sur le péritoine ou dans les trompes, auquel cas l'infection est descendante ; et ce serait d'après Cornil sa marche la plus habituelle. Cependant la voie peut être inverse, ascendante par conséquent : une tuberculose utérine, primitive ou secondaire elle-même; étant le point de départ de localisations tubaires d'abord, puis péritonéales, comme dans une observation de Sippel.

Dans le cas de contagion directe, l'infection par le coït, doit alors jouer le premier rôle. Puis c'est l'action du toucher chirurgical, des instruments thérapeutiques ou hygiéniques, des pratiques d'onanisme avec des corps souillés, que l'on peut incriminer.

Enfin il n'est pas jusqu'au traumatisme qui ne puisse être l'occasion du développement d'une tuberculose vagino-cervicale, soit qu'il apporte directement sur les parties lésées le germe infectant soit qu'il y crée un lieu de moindre résistance.

On trouvera avec des signes de tuberculose ailleurs localisés les douleurs dans le bas-ventre, les flancs, etc., des pertes séreuses, séro-purulentes ou sanguinolentes, des troubles menstruels. Mais en outre la « tuberculose végétante » est douloureuse au toucher et elle ne saigne pas ou très peu. Le lent développement et la conservation prolongée des tubercules dans leur forme première avec tendance scléro-conjonctive doivent être une cause de la marche lente de cette affection.

On ne doit pas se dispenser de l'examen bactériologique et surtout de l'examen histologique, seul capable d'imposer la certitude absolue de la tuberculose.

REVUE BELGE

C. Jacobs. — Ablation génitale abdominale dans le cancer utérin. (*Bulletin de la Société belge de gynécologie*, 1898, p. 160.)

Depuis la communication que je fis à notre Société, en décembre 1897, sur l'ablation abdominale des organes génitaux suivie de l'évidement du bassin dans le cancer utérin, j'ai poursuivi l'exécution des idées exposées ici sur le traitement chirurgical rationnel de cette affection, idées que je crois être profondément justes. J'ai pu exécuter l'opération dans d'excellentes conditions à trois reprises. Je me permets de vous exposer les détails de ces interventions, estimant que l'intérêt qu'elles présentent est très grand, alors que l'intervention prête tant encore à la discussion.

Le premier de ces cas m'a été confié par le Dr Bastin, de Fontaine-l'Evêque. Il s'agit d'une femme de 53 ans, XIIIpare. Pendant toute l'évolution de sa vie génitale physiologique, rien à noter : les accouchements ont été normaux, les suites de couches excellentes. Jamais cette personne n'a souffert de l'abdomen. La ménopause s'est produite sans incidents à 50 ans. Santé générale excellente, embonpoint sans amaigrissement notable dans ces derniers mois. Depuis trois mois légère métrorragies irrégulières avec pertes blanches aqueuses assez abondantes sans odeur. Aucune douleur abdominale. Miction et défécation régulières, indolentes. L'examen vaginal découvre un col présentant sur le pourtour du museau de tanche, sur la lèvre antérieure aussi bien que sur la postérieure, une ulcération épithéliomateuse, à surface bourgeonnante, saignant facilement. Le corps est petit, mobile, indolent ; les ligaments larges, absolument dépressibles, indolents, sans trace d'aucune infiltration. L'examen du col au spéculum démontre que l'affection marche vers la lumière du col plutôt que vers les culs-de-sac vaginaux. L'opération abdominale fut pratiquée le 4 janvier 1898. L'ablation du corps utérin et des annexes, suivant notre procédé, se fit en quatre minutes. L'extraction du col se fit sans incidents et fut suivie de l'ablation du tiers supérieur des parois vaginales. Fermeture du vagin par un surjet et ligatures sur les artères.

Le ligament large gauche est absolument indemne de ganglions lymphatiques entrepris par la carcinose. A droite, au contraire, se trouve un gros ganglion situé à la bifurcation des iliaques ; il a le volume d'un œuf de poule. Nous parvenons à l'enlever de telle façon qu'il ne reste dans le ligament large aucun tissu permettant de croire à l'entreprise carcinomateuse.

Les ligaments larges sont refermés par un surjet et les parois abdominales refermées sans drainage.

L'utérus est de volume normal, la muqueuse saine, les trompes sont normales, l'ovaire gauche est atrophié, l'ovaire droit renferme un kyste sanguin du volume d'une noisette.

Le col présente une ulcération épithéliomateuse sur ses deux lèvres avec entreprise de la muqueuse vaginale à son pourtour. La dégénérescence n'entreprend que le museau de tanche. La muqueuse cervicale est saine au-dessous de l'orifice interne.

Le ganglion lymphatique a le volume d'un œuf de poule ; il est induré ; au microscope, comme vous pouvez vous en assurer sur la préparation ci-jointe, nous trouvons l'infiltration cellulaire type de la dégénérescence cancéreuse. J'attache une grande importance à cette constatation, le fait de la dégénérescence cancéreuse des ganglions lymphatiques au début du cancer utérin m'ayant été nié tout récemment en Allemagne.

Elle vient également nous démontrer sans conteste combien les idées émises ici par M. Rouffart et moi sont justes, c'est-à-dire

combien minimes sont les chances de guérison, données par l'hystérectomie vaginale dans de semblables conditions.

Cette malade est actuellement en voie de guérison.

Le second cas que nous vous présentons concerne une jeune femme de 26 ans 1/2, IVpare, que nous opérâmes, en novembre 1897, d'amputation du col pour lésions des deux lèvres. L'examen microscopique des débris cervicaux décela que nous nous trouvions vis-à-vis d'une dégénérescence maligne des glandes du col. Ceci nous expliquait l'état précaire général de cette malade et confirmait les soupçons que nous avions émis lors de l'opération.

Nous engageâmes cette personne à subir une seconde opération que nous pratiquâmes le 10 janvier 1898. L'ablation de l'utérus, en totalité avec ses annexes, fut pratiquée suivant notre technique. Nous ne découvrîmes aucun ganglion dans les ligaments larges, mais nous enlevâmes cependant tout le tissu cellulaire péri-utérin.

Ces deux cas d'extirpation génitale par l'abdomen avec évidement du bassin viendront dans l'avenir, par leurs suites opératoires, au courant desquelles nous nous ferons un devoir de vous tenir, démontrer la réalité de nos espérances et de nos efforts.

Le troisième cas que j'ai opéré cette année par la voie abdominale n'est pas une démonstration du genre des précédentes, mais elle vient encore nous démontrer que l'on peut, dans bien des cas de récidive cancéreuse, intervenir à nouveau par l'abdomen, avec de très grandes chances de survie, et peut être de guérison, pour les malades.

Il s'agissait d'une personne de 31 ans, IIpare, à laquelle je fis, le 31 mars 1897, l'hystérectomie vaginale pour cancer du col. J'enlevai l'utérus et ses annexes. Les culs-de-sac vaginaux étaient indemnes. La malade se rétablit rapidement, la santé revint et il n'y eut aucune apparence de récidive jusqu'en novembre 1897. A cette époque elle se plaignit de douleurs lancinantes dans le pelvis, localisées à gauche, de difficultés et de douleurs à la défécation. En décembre, ces symptômes avaient augmenté; elle signalait des selles sanguinolentes, à la suite de constipations très opiniâtres. Insomnie, inappétence et dépérissement.

Le toucher vaginal permettait de limiter en arrière du fond du vagin, absolument sain, une nodosité très sensible et très limitée. Croyant avoir affaire à une adhérence intestinale à ce niveau, avec dégénérescence carcinomateuse, nous conseillâmes une seconde intervention par l'abdomen.

Nous la fîmes le 5 janvier 1898. Nous ne découvrîmes aucune adhérence avec le fond du vagin. Celui-ci était sain dans toute son étendue ; nous trouvâmes le ligament large droit indemne de tout ganglion lymphatique carcinomateux.

Dans le fond du pelvis était entraînée par son poids une anse de l'intestin grêle, présentant un noyau carcinomateux du volume d'une mandarine : c'est ce que l'on percevait par le toucher vaginal. Un peu plus haut, cette même anse intestinale avait contracté d'énormes adhérences avec un gros paquet ganglionnaire situé dans le ligament large gauche. L'intestin à ce niveau présentait un second noyau carcinomateux très étendu et très volumineux. Je fis la résection de cette anse intestinale largement en deçà des noyaux carcinomateux, en m'entourant de toutes les précautions nécessaires en pareil cas ; puis je pratiquai immédiatement la réunion de deux extrémités de l'intestin, au moyen de deux étages de sutures multiples de Lambert. La portion réséquée mesurait 17 centimètres. Je détachai ensuite la portion intestinale réséquée de ses adhérences à la masse ganglionnaire, et enfin, après dissection du ligament large, j'évidai complètement celui-ci, c'est-à-dire que j'enlevai un vaste ganglion lymphatique, du volume d'une orange, à la partie inférieure duquel se trouvait l'uretère. Je terminai par un surjet sur le ligament.

Après cette opération, tout le bassin présentait le même aspect qu'après une hystérectomie abdominale totale pour fibrome, par exemple, sans aucun vestige de carcinose.

Les suites immédiates de l'opération furent bonnes, la température ne s'élevant pas au delà de 38°. Le cinquième jour, le pouls prit brusquement une al ure rapide et notre malade, avec une température de 38°, nous fut enlevée en quelques heures, malgré des injections de sérum artificiel et des excitants multiples.

L'autopsie pratiquée le lendemain de la mort décela au fond du pelvis une quantité de pus évaluée à environ 40 à 50 grammes ; le surjet, la suture intestinale étaient intacte ; aucune trace de péritonite.

La mort peut-être attribuée à une infection mixte-suraiguë.

Malgré le résultat de cette intervention, elle nous a donné confiance et nous engagera à intervenir secondairement par la voie abdominale dans les cas de récidive pelvienne cancéreuse.

Vous pouvez juger, d'après les pièces anatomiques, de l'importance des lésions intestinales et ganglionnaires.

***

M. Tournay. — Si M. Jacobs avait pratiqué le drainage dans la dernière opération, ne croit-il pas qu'il aurait eu des chances plus grandes de guérison. Je pratique le drainage de parti pris dans toutes mes opérations abdominales et vaginales et ai lieu de m'en féliciter, n'ayant observé aucune complication post-opératoire depuis longtemps.

M. Jacobs. — Je crois également que dans le cas cité j'eusse obtenu meilleur résultat en drainant soit par l'abdomen, soit par le vagin. En règle générale, cependant, je suis opposé au drainage, l'estimant la plupart du temps inutile et très souvent dangereux.

M. Rouffart. — Je crois que la mort, dans le cas rapporté, pourrait peut-être se rapporter à une dégénérescence cardiaque, très fréquente dans le cancer. J'ai eu l'occasion d'observer un cas où les accidents ressemblèrent beaucoup à ceux rapportés par M. Jacobs et où la mort survint par dégénérescence du cœur.

Henrotay. — DU TRAITEMENT CHIRURGICAL DU CANCER UTÉRIN. (*Bulletin de la Société belge de gynécologie.*)

Les faits que vient de rapporter M. Jacobs facilitent la tâche de faire entendre une note plutôt discordante au milieu des espérances généreuses que fait naître chez quelques-uns l'hystérectomie abdominale ou l'évidement du bassin appliqués au traitement du carcinome utérin.

On nous apportera encore de beaux résultats *opératoires*, mais cet enthousiasme ne tardera pas à se calmer à mesure que les résultats tardifs viendront témoigner d'un résultat aussi négatif pour un acte opératoire sans contredit plus grave. Au cours de la discussion des travaux de MM. Jacobs et Rouffart, toutes les objections possibles à l'évidement du bassin ont été présentées et je me rallie pleinement aux opinions émises par M. Debaisieux. Je désire reprendre un instant la question de l'envahissement ganglionnaire. D'accord en cela avec MM. Rouffart et Lauwers, je suis d'avis que l'épithélioma est au début une affection purement locale et que l'envahissement ganglionnaire régionnaire n'est pas la règle. Or, c'est précisément de ces cas seuls qu'il faut attendre un résultat heureux du traitement chirurgical. La carcinose est certes l'affection qui a indiqué les plus graves opérations et mutilations, dont la limite est près d'être atteinte, sans que les résultats, *pour les cas avancés*, se soient modifiés. Aussi, je doute que si la carcinose devient un jour curable elle le doive à la chirurgie.

Une de mes malades, atteinte d'épithélioma ayant détruit tout le col et infiltré la cloison vésico-vaginale, a subi, à Bruxelles, l'hystérectomie abdominale fin octobre dernier. J'avais appliqué à ce cas, absolument inopérable radicalement, le raclage du cratère et la thermo-cautérisation, tant l'impossibilité de poursuivre le néoplasme du côté du vagin et du côté du bassin était évidente. Je me demande, dans ma conscience, peut-être simpliste, mais bien sincère, si une hystérectomie abdominale appliquée à un cas semblable peut être autre chose qu'un exercice de médecine opératoire sur le vivant. Les hémorragies de la malade se reproduisaient dans le courant de janvier et actuellement l'infiltration du pelvis est totale.

Mon opinion sur le traitement du cancer utérin diffère notablement de ces conceptions. L'intervention radicale ne doit s'adresser qu'aux cas du début, dits opérables selon les anciennes indications.

Les statistiques favorables des auteurs allemands, qu'envie M. Jacobs, n'ont pas d'autre secret. (Il y aurait peut-être lieu de tâcher de diriger l'éducation de nos femmes belges afin que ces cas nous arrivent plus fréquemment au début.)

C'est dire que j'opère peu de carcinomes radicalement ; en outre, mon intervention a pour guide une considération primordiale, déjà mise en avant par Mackenrodt, à savoir : *éviter l'inoculation opératoire.*

Pour qui a vu récidiver des tumeurs du sein au niveau de chaque point de suture, l'inoculation opératoire ne fait pas de doute, quels que soient les résultats discordants des données expérimentales.

Aux anciens *critériums* de l'intervention radicale dans le carcinome du col, j'en ajoute un nouveau : *la possibilité de pouvoir isoler l'ulcération du champ opératoire.*

La technique que j'applique aux cas appropriés est la suivante : Raclage soigné et profond de l'ulcération à la curette tranchante ; cautérisation large du fond et des bords au Paquelin.

L'ulcération est ensuite refermée sur elle-même, en rapprochant le bord antérieur du bord postérieur et en appliquant tout le long de cette sorte de fente une série de pinces à griffes qui resteront à demeure jusqu'à la fin de l'intervention.

Par surcroît de précaution, les lèvres de la fente formée seront encore cautérisées entre les mors des pinces. Ceci étant terminé, le vagin est largement irrigué et les culs-de-sac soigneusement débarrassés des fragments de bourgeons ou des caillots qui pourraient s'y trouver.

Les valves, rétracteurs, ayant servi dans le premier temps de l'opération, sont lavés avec soin ou mieux stérilisés à nouveau. Les curettes auront été tenues à l'écart des autres instruments. L'opé-



rateur et son aide se relaveront les mains comme si elles avaient été infectées.

Le second temps comprend l'hystérectomie proprement dite, au cours de laquelle *on évitera absolument toute hémisection ou morcellement.* Les trompes, les ovaires des deux côtés seront enlevés avec l'utérus et toutes les sections se feront au thermo-cautère. Je termine par la fermeture du vagin par un ou deux points de catgut ; la désinsertion du col au Paquelin n'ayant aucune influence sur la réunion *per primam* de la voûte vaginale.

Telle est la technique que j'ai suivie jusqu'à présent dans deux cas. Ma première malade, âgée de 40 ans, fut opérée le 30 septembre 1896 et revue en août 1897 sans traces décelables de récidive.

Comme son entourage était prévenu, je ne doute pas que j'eusse été prévenu si la situation avait changé (1).

Ma seconde malade est une personne de 31 ans, que j'opérai le 1er mai 1897, avec l'assistance de notre collègue Kufferath, pour un épithélioma proliférant (en chou-fleur) du col. Je revois régulièrement cette malade, qui est actuellement sans récidive malgré son jeune âge.

Les vues que je viens d'exposer me font rejeter comme mauvais le procédé d'hystérectomie abdominale, proposé par M. Jacobs, *quand il est appliqué à l'épithélioma du col.* La section aux ciseaux dans un col carcinomateux, en plein champ opératoire, est une inoculation inéluctable, et M. Depage, à la Société de chirurgie, a fait la même objection au procédé.

A mon sens, ce n'est pas en compliquant les opérations destinées à poursuivre, presque sans espoir, un ennemi dont on ne connaît pas les avant-postes, qu'il faut espérer l'amélioration des statistiques du cancer. L'hystérectomie vaginale seule a permis à von Ott, au dernier Congrès de Moscou, de rapporter les cas de malades indemnes de récidives après douze, onze, dix, huit et six ans. Tel est le cas d'Olshausen rapporté par M. Jacobs ; tels sont encore les résultats encourageants dont vient de nous parler M. Lauwers.

Cette méthode suffit pour les cas du début, c'est-à-dire pour ceux-là seuls qui sont passibles d'une intervention radicale, mais elle doit s'exécuter suivant un procédé qui évite l'inoculation opératoire que la *voie haute* écarte difficilement.

Je ne vois qu'une indication de l'hystérectomie abdominale, celle qui existe dans le cancer du corps où l'intervention vaginale ne permettrait pas d'extérioriser l'utérus trop volumineux sans morcellement ou hémisection.

Dans les cas avancés, en attendant les données de l'expérience, je ne me sens aucune disposition à passer du traitement palliatif au traitement chirurgical actif, qu'il s'appelle hystérectomie abdominale ou évidement du bassin.

(1) Cette guérison s'est maintenue jusqu'à ce jour d'après des nouvelles qui me sont parvenues depuis cette communication.

REVUE DES THÈSES

L. Fauvel. — DE LA SUTURE DE LA PAROI ABDOMINALE DANS LA LAPAROTOMIE. (*Thèse de Paris*, 1897-1898.)

L'incision médiane est faite en suivant la ligne blanche, ce qui a un double avantage : c'est d'abord un point de repère facile, et ensuite, grâce à la pigmentation naturelle de la région, la cicatrice sera mieux dissimulée là que partout ailleurs. Tous les chirurgiens incisent verticalement. Notons cependant le procédé de Répin, de Genève, qui incise transversalement au niveau des poils du pubis, qui dissimuleront ultérieurement la cicatrice. En regard de cet avantage, cette incision nous a semblé présenter de gros inconvénients. En effet, cette incision concave en haut, donne un lambeau cutané à convexité inférieure large à sa base de 6 à 10 centimètres d'après les dimensions données par son auteur.

La dissection de ce lambeau, si rapidement faite qu'elle soit, est une perte de temps inutile. Une fois disséqué, nous sommes obligés de le maintenir en haut par un fil, ou bien il sera une gêne au cours de l'opération.

Dans l'incision verticale, au contraire, les lèvres de la peau se trouvent écartées naturellement avec celles des plans profonds. De plus, au cas où on est obligé d'agrandir l'incision, le lambeau sera une nouvelle gêne.

La peau et la couche cellulaire sous-cutanée incisées, on arrive sur l'aponévrose. On peut l'inciser directement sur la ligne médiane, ou, au contraire, inciser le feuillet antérieur de la gaine des droits.

Le premier procédé est peut-être le plus rapide, parce qu'il permet d'arriver immédiatement sur le péritoine, mais en tout cas il est moins sûr.

Il est préférable d'inciser la gaine du droit près du bord interne du muscle que l'on isole et que l'on recline ensuite au dehors et inciser ensuite le feuillet postérieur. Après la suture, si la gaine est convenablement reconstituée, le muscle revenant en place formera un mur de soutien entre la suture de l'aponévrose superficielle qui ainsi se laissera moins facilement distendre.

L'incision des aponévroses seules en respectant le muscle est la plus généralement employée du moins en France. Cependant si nous nous reportons au Congrès de Genève, où la question fut discutée, nous voyons que l'incision en plein muscle a aussi ses partisans.

Fritsch, Edelbohls se déclarent partisans de l'incision en plein muscle.

Doléris donne une statistique de 10 laparotomies avec section en plein muscle et 10 succès complets.

Flatau a ainsi obtenu dans 33 laparotomies une cicatrice parfaite.

P. Noble incise aussi le muscle. Abel écrit que depuis trois ans il a toujours incisé à 1 centimètre à gauche de la ligne médiane. Arrivé sur le muscle il laisse le bistouri et sépare les fibres sans instrument tranchant. La perte de sang a été minime sur 36 cas. Il a eu deux fois une artère à lier et n'a jamais eu d'éventration consécutive.

Ce dernier résultat tient sans doute surtout au soin avec lequel il pratique la suture et reconstitue la disposition anatomique.

Voici les avantages que La Torre attribue à l'incision en plein muscle.

Les meilleurs tissus à inciser et à suturer pour avoir une réunion par première intention d'une cicatrice solide sont les tissus musculaires, parce qu'ils sont riches en tissus conjonctifs et en vaisseaux. Les tissus aponévrotiques sont peu favorables à la réunion parce qu'ils en sont dépourvus. Ils donnent une cicatrice mince et qui se déchire facilement. On a la preuve que la cicatrice musculaire est plus solide que celle de l'aponévrose dans un fait clinique. La cicatrice de l'utérus incisé dans la césarienne résiste à la distension par les grossesses postérieures, tandis que la cicatrice de la ligne blanche cède aisément.

Storer, Abel, Pasquali, Baldy, Le Dentu, Ferrari, Bouilly, Mulles, Baker, etc..., etc..., intéressent les muscles droits dans leur incision.

La Torre conclut en disant qu'il ne suffit pas de suturer le muscle, mais qu'il faut encore réséquer l'aponévrose de la ligne blanche qui pourrait se laisser distendre à la suite de grossesse, ascite, etc.

A l'appui de cette thèse, il donne des expériences faites sur le Chien, qui donnent un meilleur résultat avec l'incision en plein muscle, quelle que soit la suture employée.

Alors que les sutures en étages, pratiquées sans incision de l'aponévrose, donnent 5 guérisons, et 1 hernie, sur 6 cas, les mêmes pratiquées après excision de l'aponévrose, donnent 6 guérisons.

De même, pour les sutures en masse. Sur 6 cas on trouve 5 guérisons lorsque l'aponévrose est incisée, tandis qu'on a 5 éventrations après la suture en pleine aponévrose.

Nous dirons cependant que l'incision en pleine aponévrose présente deux avantages, elle est beaucoup plus rapide et beaucoup moins sanglante. D'où plus grande netteté du champ opératoire moins de pinces, moins d'éponges, moins de changements de compresses, et comme conséquence moins de chance d'infection.

L'aponévrose est incisée. Il est bon de la saisir à l'aide de pinces à forcipressure pour empêcher la rétraction et ne pas confondre les plans au moment de la suture.

On distingue de même, à mesure qu'on les incise, le feuillet postérieur de la gaine des droits et le péritoine.

Le ventre est ouvert avant de commencer l'opération proprement dite ; il est utile de protéger les lèvres de l'incision à l'aide de compresses aseptiques. On évitera ainsi les traumatismes causés par un écarteur, une pince. De plus, la paroi sera mise à l'abri des produits septiques qui pourraient s'écouler de la cavité abdominale.

Cette incision peut servir :

Dans les cas de lésions utéro-annexielles. Dans la péritonite diffuse. Dans la contusion abdominale. Dans l'obstruction intestinale. Dans l'appendicite. Dans les interventions sur le foie et les voies biliaires.

La meilleure incision latérale est celle décrite par Jalaguier à propos de l'appendicite.

Le principe est le même que celui de l'incision médiane. Ouvrir la gaine du muscle grand droit, le relever en dedans (au lieu d'en dehors), pénétrer dans le péritoine en incisant la paroi postérieure de la gaine, de façon que le muscle une fois ramené dans sa situation normale recouvre et soutienne la suture du péritoine et de la gaine.

Voici comment l'auteur décrit ce procédé : « Sur le milieu de l'espace qui sépare l'épine iliaque antérieure et supérieure de l'ombilic, je fais une incision de 8 à 10 centimètres, parallèle au bord externe du muscle droit.



Le tiers supérieur de cette incision est au-dessus de la ligne iléo-ombilicale, les deux tiers inférieurs sont au-dessous.

J'arrive directement sur l'aponévrose du grand oblique, qui est fendue de haut en bas dans toute la hauteur de la plaie. Les deux lèvres de l'incision aponévrotique sont saisies avec des pinces à pression et la lèvre interne est réclinée en dedans pour découvrir la partie externe de la face antérieure du grand droit enfermé dans sa gaine. Le bord externe du muscle est facile à reconnaître à la vue et au toucher.

J'incise la gaine dans toute la longueur de la plaie, à un centimètre et demi environ en dedans du bord externe. Les deux lèvres de cette incision sont prises avec des pinces et la lèvre externe est disséquée de dedans en dehors jusqu'au bord externe du muscle. Cette dissection est des plus faciles, la gaine n'adhérant qu'à une intersection fibreuse qui se trouve vers le tiers supérieur de la plaie, mais qui n'est pas constante. Le bord externe du muscle est dégagé avec la sonde cannelée et refoulée en dedans.

Deux écarteurs le maintiennent et la paroi postérieure de la gaine du grand droit se trouve largement découverte. On voit une artériole, une veinule et un filet nerveux traversant obliquement le champ opératoire à sa partie moyenne.

« Le feuillet postérieur de la gaine, fascia transversalis, est incisé à son tour à un centimètre et demi environ en dedans du sommet de l'angle dièdre formé par sa réunion avec le feuillet antérieur. Cette incision doit être très prudente, car à ce niveau le fascia transversalis est directement appliqué sur le péritoine sans la moindre interposition de tissu graisseux,

La gaine et le péritoine sont fendus sur la même ligne et les bords de l'ouverture sont fixés avec des pinces. Il faut veiller à ne pas blesser les vaisseaux épigastriques qui passent à une faible distance de l'extrémité inférieure de l'incision.

Si l'appendice est adhérent dans la profondeur, il faut prolonger l'incision en bas en obliquant un peu en dehors de la gaine du muscle droit pour éviter les vaisseaux épigastriques.

Sur 12 opérations je n'ai eu à les lier qu'une fois.

Cette incision est indiquée :

1° Dans l'appendicite.

2° Dans le cas de lésions annexielles.

3° Dans les interventions sur l'intestin.

4° Dans les interventions sur le foie et les voies biliaires.

5° Dans la splénectomie.

En outre, on a employé pour l'appendicite : l'incision dans la fosse iliaque droite et l'incision de Mac Burney. »

Cicatrice.

Dans toute suture deux inconvénients sont à éviter : la difformité de la cicatrice et l'éventration.

La difformité de la cicatrice n'a pas grande importance, tandis que l'éventration est une grave complication malheureusement fréquente ; sur mille opérations faites à la clinique de Berlin, un tiers des opérées (Winter) souffrent de hernies post-opératoires ; sur une nouvelle série de douze opérations où on a adopté la suture en étage, on n'a plus eu que deux hernies. Zweifel ne compte guère que deux à trois pour cent de hernies ; Richelot (1) arrive à une proportion de 1 pour 20. Sur 23 ovariotomies, Terrier a eu dix éventrations, cette proportion a sensiblement diminué depuis qu'il emploie la suture à étages ; sur 184 laparotomies, Terrillon ne compte que 10 éventrations, et Wylie sur 67, 5 hernies post-opératoires. On peut ramener à trois catégories les causes qui engendrent l'éventration.

1° Défaut de réunion du plan musculo-aponévrotique ou relâchement de la cicatrice.

2° La suppuration et le drainage sus-pubien.

3° Les pansements post-opératoires qui ne maintiennent pas suffisamment la paroi abdominale au moment des efforts de vomissements des premiers jours, l'emploi de mauvaises ceintures, l'abandon prématuré des ceintures, l'adipose ou la maigreur extrême de la paroi, dans quelques rares cas la grossesse, l'ascite, les tumeurs volumineuses.

Sutures.

On peut ranger sous deux chefs les diverses sutures employées : Suture en masse et suture par plans.

1° *Suture en masse.* — Ce procédé n'a guère plus de partisans, surtout en France. D'après Ratchinsky, ce procédé est généralement employé en Allemagne, en Russie et en Angleterre. Bantock (2), Thornton, Meredith en sont partisans.

(1) *Semaine gynécologique*, p. 375, 1896.

(2) *Semaine gynécologique*, p. 356, 1896.

Sabino-Cœlho (1), Byford, (2), Alban Doran (3) préfèrent ce système. Delbet conclut aussi à la suture en masse, ainsi que Routier (4).

Par contre, Terrier et Pozzi se sont élevés énergiquement contre ce procédé, qui n'a d'ailleurs pour lui que sa simplicité : Laroyenne, en effet, a montré, à la suite d'expériences faites sur le cadavre, que lorsqu'on suture en masse, la peau fait toujours obstacle à la réunion de l'aponévrose.

2° *Suture en étages.* — Cette suture, d'abord proposée par Novacs, Tillmann et Hagedorn, fut bientôt adoptée en Allemagne par Schroeder et Martin ; en France par Doléris (6) et Vulliet, mais c'est Pozzi qui la fit le premier connaître au Congrès de Chirurgie de 1888.

La suture par plans présente un grand nombre de variantes parmi lesquelles nous citerons les suivantes :

Suture de la Torre (7). — On commence par faire sur le péritoine un premier plan de suture par un surjet au catgut.

Cela fait, au lieu de suturer les lèvres de l'aponévrose de la ligne blanche, on les enlève en coupant avec des ciseaux ou le bistouri le bord interne des muscles droits, en enlevant, bien entendu, une petite tranche des muscles mêmes. On supprime ainsi tout le tissu fibreux de la ligne blanche et un peu de tissu musculaire après avoir fermé la cavité péritonéale pour la mettre à l'abri de tout épanchement sanguin intra-péritonéal. Le suintement sanguin fini, on pratique un second plan de suture à surjet au catgut sur les lèvres du fascia transversalis ou sur celle du feuillet postérieur de la gaine des muscles droits.

Avec un troisième étage de sutures à la soie ou au catgut gros, on réunit les deux muscles droits en ne serrant pas trop les points ; sans cette précaution, les surfaces de section des muscles ne sont plus en contact, les faces supérieures des muscles s'adossent et la réunion ne peut avoir lieu.

Les éléments histologiques sont séparés par une mince couche de tissu cicatriciel et les bords des muscles restent éloignés de quelques millimètres.

Au contraire, quand les surfaces incisées s'adaptent parfaitement, la fusion des éléments anatomiques s'effectue même sans trace de tissu cicatriciel apparent. Un quatrième plan de suture à surjet au catgut recoud le feuillet antérieur de la gaine musculaire et un cinquième plan à surjet ou à points séparés à la soie ou au fil d'argent, vient fermer la peau avec le tissu sous-cutané.

Edebohls opère à peu près de la même façon, mais ne fait que 3 plans. Un premier surjet comprenant le péritoine, le feuillet profond de l'aponévrose et le muscle. Un second comprenant l'aponévrose superficielle. Ces deux surjets sont faits à l'aide d'un seul fil, d'où un seul nœud profond.

Suture de Wylie et Ott (8). — Cette suture est en quelque sorte un procédé mixte entre la suture en masse et la suture par étages.

On commence par faire une ligne de sutures comprenant toute l'épaisseur des parois abdominales ; mais avant de les nouer, on applique un rang isolé de sutures sur l'aponévrose, tandis que Wylie ne suture que l'aponévrose et se sert de catgut. Ott prend non seulement l'aponévrose, mais les muscles et se sert de soie.

Suture de Schede. — Schede emploie une suture particulière, sorte de procédé mixte entre la suture par plans et la suture en masse.

Voici comment il procède : il passe une première série de sutures au gros fil d'argent traversant toute l'épaisseur de la paroi. Avant de les serrer, il passe de petits fils d'argent à 1 centimètre les uns des autres, ne traversant que le péritoine et la gaine des grands droits. On coupe ces derniers à ras.

Cette suture a été pratiquée par l'auteur dans 151 cas et lui a donné de bons résultats.

Elle ne nous paraît pas présenter d'avantages sur la suture ordinaire en étages et n'a pour elle que l'asepsie facile des fils employés.

Suture de Pryor. — Pryor a proposé une suture spéciale pour les cas où l'épaisseur de la couche adipeuse dépasse 2,5 centimètres.

On réunit isolément le péritoine et la couche musculaire. On ne réunit pas la couche adipeuse, ni la peau, mais, après arrosement avec la solution de sublimé, on la tamponne à l'aide de gaze sublimée. On laisse ainsi la plaie pour qu'elle se cicatrise par seconde intention. Selon l'auteur, la cicatrice de la peau qu'on obtient est constituée par un tissu très plan qui forme un tout complet avec

(1) *Semaine gynécologique*, p. 289, 1896.

(2) *Semaine gynécologique*, p. 290, 1896.

(3) *Semaine gynécologique*, p. 288, 1896.

(4) *Semaine gynécologique*, p. 103, 1897.

(5) *Semaine gynécologique*, p. 289, 1896.

(6) *Semaine gynécologique*, p. 256 et 289, 1896.

(7) *Semaine gynécologique*, p. 289, 1896.

(8) *Semaine gynécologique*, p. 256, 1898.



la cicatrice par première intention de la couche musculo-aponévrotique et remplace le tissu adipeux trop tendre et la peau qui peut se distendre. Cette cicatrice en se contractant diminue considérablement l'espace dans lequel peut se faire une hernie.

Le gros inconvénient de cette suture réside dans la réunion par seconde intention, toujours longue et non exempte de complications.

Comment doit-on faire des plans ? Pour ne pas multiplier les fils perdus et cependant reconstituer solidement la paroi, la suture de choix semble être la suture en trois plans, aussi facile après l'incision latérale, qu'après l'incision médiane.

Premier plan péritonéo-aponévrotique sur lequel on laisse revenir le muscle droit.

Deuxième plan, aponévrotique destiné à refermer la gaine du muscle.

Troisième plan comprenant la peau.

Avantages de la suture en étages. — Elle garantit le parallélisme des différents plans, dont l'affrontement est fait sous les yeux du chirurgien.

Les sutures superficielles peuvent être moins serrées, d'où cicatrice moins visible.

Après l'ablation des sutures superficielles on garantit l'intégrité de la cicatrice aponévrotique qui est soutenue par les sutures profondes.

Complétée par la suture intra-dermique, elle ne laisse pas de traces.

En regard de ces avantages on ne trouve qu'un inconvénient, le fil perdu qui, en cas de faute d'asepsie, devient jusqu'à son élimination une cause de suppuration.

Suture dans le cas de drainage. — Dans le cas de drainage on doit avoir en vue deux choses : empêcher que le drainage ne soit une source d'infection pour toute la cicatrice et prévenir l'éventration consécutive.

Pour parer au premier inconvénient on peut, il est vrai, choisir la suture en masse, mais il est un moyen préférable : isoler la partie où se trouve le drainage du reste de la plaie au moyen d'un ou deux fils profonds.

Contre le second, on emploie avec succès les fils dits d'attente. On nomme ainsi des fils qui sont passés au moment de l'opération au niveau du drainage sans être noués.

Au moment où on enlève la gaze ou le drain, il ne reste qu'à serrer les fils et la plaie se trouve ainsi entièrement fermée.

Manfredi. — TRAITEMENT DES MÉTRITES PAR DES LAVAGES INTRA-UTÉRINS SANS DILATATION PRÉALABLE. (*Thèse de Paris* 1896-1898.)

Les lavages intra-utérins pratiqués sans dilatations préalables par les laminaires, sans l'immobilisation au lit de la malade par la méthode suivante n'ont jamais occasionné d'accidents graves.

Le docteur Jayle a fait modifier la sonde dilatatrice de Reverdin de manière a en rendre l'introduction facile : on lui a donné la forme d'une grande pince très fine, dont une branche serait creuse et l'autre très amincie et creusée en gouttière, destinée à recevoir la première quand la pince est fermée.

Les branches de la sonde s'appliquant sur les bords droit et gauche, la surface interne de l'utérus empêchait le liquide de parfaitement imbiber ces points d'application de l'instrument. On a construit un second modèle de sonde dont les branches s'ouvrent perpendiculairement au sens de celles de la précédente ; en employant l'une et l'autre, la cavité utérine est parfaitement irriguée par le liquide antiseptique.

Cette opération ne doit jamais être faite si la femme est enceinte ou craint de l'être.

La malade étant mise dans la position obstétricale, nous la touchons tout d'abord pour nous rendre compte de la position du corps de l'utérus et de la situation du col dans le vagin. Ce dernier renseignement est d'une extrême utilité pour l'introduction du spéculum, car il permet d'introduire ce dernier dans la direction et à la profondeur voulue, de telle sorte que le col se trouve « chargé » sans tâtonnements, sans fausses routes, sans douleurs.

Le spéculum étant en place et le col à découvert, on nettoie col et vagin à l'aide d'un ou plusieurs tampons trempés dans une solution faible de sublimé.

On pratique ensuite l'hystérométrie qui permet de contrôler les renseignements fournis par le toucher au sujet de la position du corps utérin et aussi qui permet de connaître les dimensions de la cavité utérine.

Quand l'instrument est introduit jusqu'au fond de l'utérus, cela est, en général, facile à sentir, on le saisit avec une pince au ras du col et l'on mesure ainsi la profondeur de la cavité utérine. On sait ainsi à quelle profondeur est la direction à donner à la sonde.

L'opérateur saisit la sonde de la main droite en tenant sa concavité en haut si l'utérus est en antéflexion en tenant sa concavité en bas dans le cas contraire. L'instrument est ensuite introduit dans l'utérus, absolument comme un hystéromètre. On écarte alors les branches et on fait passer le liquide. La durée de l'injection varie en général de cinq à dix minutes.

Il est bon de retirer la sonde avant l'écoulement complet du liquide ; de cette façon, en ayant soin de la retirer doucement, on baigne les parties de la muqueuse utérine sur lesquelles appuyaient les branches écartées et qui, par cela même, ont été soustraites à l'action du liquide.

Quant au pansement consécutif, il est des plus simples : on introduit dans le vagin deux tampons, dont le plus profond est imbibé de glycérine ichthyolée au 1/10 après une injection iodée.

Après une injection de gélatine, on imbibe le second tampon de la solution même qui a servi à l'injection.

La malade doit garder ces tampons jusqu'au soir ou jusqu'au lendemain matin ; avant de prendre l'injection intra-utérine, elle reçoit une douche vaginale de 20 à 30 litres d'eau à 45 degrés environ qui lave et assouplit la muqueuse.

Voici les différentes solutions antiseptiques employées :

Le chlorure de zinc à........................	1 pour 100.
Le nitrate d'argent à........................	1 pour 100.
L'itrol ou citrate d'argent à..............	2 pour 1000.
Le sublimé à........................	1 pour 4000.
Le permanganate de potasse à........ ..	1 pour 1000.
L'iode à........................	1 pour 1000.

et la gélatine stérilisée.

Les injections de permanganate de potasse et la solution iodée sont les plus recommandables.

Sur soixante-quatre observations, seize se rapportent à des cas de métrites simples, aiguës ou chroniques ; les autres, à des cas de métrites accompagnées de lésions annexielles plus ou moins prononcées.

Le résultat des lavages intra-utérin a été le suivant :

Dans le cas de métrites simples aiguës ou chroniques, la guérison est la règle ; nous relevons un seul insuccès total après une amputation du col, et un seul cas ou l'amélioration a été légère; il est bon d'ajouter que, dans ce dernier cas, l'irrigation de l'utérus a peut-être été incomplète, à cause d'une bride de la muqueuse existant au niveau de l'isthme et probablement congénitale.

Parmi les quarante-huit observations relatives aux cas de métrites accompagnées de lésions annexielles, seize se rapportent à des cas de poussées aiguës, les autres à des cas de lésions chroniques. Faisons remarquer tout de suite qu'ici, comme dans les métrites simples, la chronicité n'influe en rien sur le résultat du traitement; le degré d'intensité des lésions annexielles a, au contraire, une influence prépondérante.

Toutes les fois que les lésions annexielles sont légères, que la métrite soit aiguë ou chronique, le résultat obtenu est parfait à un double point de vue : les pertes cessent, les douleurs disparaissent et la guérison est durable.

Il a été quelquefois impossible de revoir la malade et de s'assurer si le résultat immédiat, qui était parfait, s'est maintenu. Les résultats obtenus dans 2 cas de métrites survenues chez des malades déjà salpingectomisées viennent encore à l'appui de ce que nous avançons.

Au contraire, lorsque la métrite est accompagnée de lésions annexielles plus avancées, la guérison définitive ne peut être atteinte par la méthode des lavages intra-utérins ; une amélioration relative peut seule être obtenue.

Les pertes disparaissent, sinon totalement, du moins en grande partie ; les douleurs diminuent et il en résulte pour la malade un soulagement relatif.

L'amélioration porte seulement sur les pertes, les douleurs persistent à peu près comme avant.

Dans quelques cas, enfin, le résultat est nul, en ce sens que ni les douleurs, ni les pertes diminuent.

Nombre des observations : 64.

Métrites simples........		7 résultats parfaits et durables. 7 résultats très satisfaisants. 1 amélioration légère. 1 résultat nul.
Métrites avec lésions annexielles.	18 avec lésions annexielles légères	14 résultats parfaits et durables. 4 résultats parfaits immédiats.
	30 avec lésions annexielles plus prononcés.	11 améliorations notables. 6 améliorations légères. 11 résultats nuls. 2 cas n'ayant pas été suffisamment suivis.

R. PICHEVIN, *Directeur-Gérant.*

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE DAIX FRÈRES.
Maison spéciale pour Journaux et Revues.



LA CHARITÉ DE LYON.— CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE

—

TRAITEMENT OPÉRATOIRE DE LA CYSTOCÈLE

Cystopexie guidée par le doigt introduit dans la vessie,

Par M. le professeur LAROYENNE.

Messieurs,

Je me propose aujourd'hui de vous entretenir du traitement chirurgical de la cystocèle en général, et en particulier d'un procédé opératoire spécial, qui constitue, je crois, un perfectionnement sensible des méthodes de cystopexie. C'est, du reste, l'application à la vessie de la méthode de fixation que j'ai proposée pour l'hystéropexie abdominale et incidemment pour la néphropexie.

Vous connaissez tous cette affection caractérisée par l'apparition à la vulve et même au delà, d'une saillie arrondie, augmentant de volume sous l'influence de la toux, d'un effort ou simplement de la position debout. Cette saillie, qui n'est autre chose que la paroi inférieure de la vessie en prolapsus, c'est ce que l'on appelle la cystocèle.

Presque toujours cette affection s'accompagne de la chute de l'utérus, et d'une procidence des parois antérieures du rectum. Elle s'accompagne de douleurs, de tiraillements assez pénibles. La malade éprouve une sensation de froid particulière au niveau de la vulve, ce qui explique bien la sensibilité toute particulière de la vessie à cette action physique. Mais ce qui les importune le plus, c'est un besoin incessant d'uriner, qui parfois s'accompagne de cuissons plus ou moins vives ou de ténesme plus ou moins léger.

Dans quelques cas plus rares, la cystocèle existe seule, avec un utérus en bonne position et un plancher péritonéal intact. C'était le cas d'une religieuse que j'ai opérée récemment et dont je vous parlerai plus loin. Chez elle, outre la fréquence des mictions, qui étaient légèrement douloureuses, il existait parfois une véritable incontinence.

J'établis immédiatement devant vous ces deux classes de cystocèles :

1° Simple ;

2° Compliquée de prolapsus uterin ou plus exactement de prolapsus génital, comme on dit aujourd'hui ; car le traitement sera un peu différent dans les deux cas.

Les pessaires, la colporrhaphie antérieure donnent parfois des résultats ; j'y ai recours assez souvent sans en être parfaitement satisfait. J'emploie de préférence dans les cas de prolapsus utérin avec cystocèle l'hystéropexie qui m'a permis de guérir, outre la chute de l'utérus, la cystocèle elle-même. Mais dans quelques cas, on a beau remonter l'utérus à une certaine hauteur contre la paroi abdominale, on voit persister la saillie vésicale, sinon immédiatement, du moins au bout d'un certain temps quand les malades ont repris des travaux un peu pénibles. Aussi je considère que l'hystéropexie abdominale antérieure, excellente pour combattre un prolapsus utérin, est parfois insuffisante pour remédier au prolapsus concomitant de la vessie. C'est ce qui m'a conduit à étudier la cystopexie et à en modifier le manuel opératoire.

Mais, avant de vous parler de la fixation de la vessie, laissez-moi vous dire quelques mots de mon procédé d'hystéropexie (1) ; vous verrez ensuite combien d'analogie présente avec lui la technique de la cystopexie que je préconise.

Après les précautions antiseptiques d'usage, la malade est placée sur le lit de Trendelenburg, l'inversion, en éloignant les intestins de la région pubienne, facilite et simplifie l'opération : outre l'instrumentation ordinaire de toute laparotomie, cette opération nécessite un gros hystéromètre et trois ou quatre aiguilles-broches. L'hystéromètre que j'ai fait construire pour cette opération présente le diamètre de la tige d'Hégar n° 28 à 30 pour éviter la perforation utérine. Il est destiné à être introduit après dilatation du col dans la cavité utérine au commencement de l'opération, puis manié par un aide sûr, il remontera l'utérus jusqu'au-dessus du pubis dès que le péritoine sera ouvert. Grâce à cette manœuvre, le péritoine est à peine ouvert, que déjà l'utérus en oblitère l'orifice en rendant presque extrapéritonéale cette intervention quand on n'a pas à pratiquer concomitamment l'ablation des annexes.

Les aiguilles-broches facilitent beaucoup la fixation de l'utérus. Dès que l'utérus est plaqué contre l'orifice de la paroi abdominale sus-pubienne, l'une de ces aiguilles de 20 à 25 centimètres, légèrement courbée à son extrémité qui porte un chas, est introduite à travers l'aponévrose et le péritoine pariétal d'un côté, pour traverser ensuite la paroi antérieure de l'utérus au-dessous des orifices tubaires et enfin ressortir du côté opposé en traversant le péritoine et l'aponévrose.

Dès que cette première broche est placée, l'utérus est immobilisé et le péritoine véritablement obturé. Le rôle de l'aide qui tient l'utérus élevé grâce au gros hystéromètre est terminé. Au-dessous de cette première broche, on en place de la même façon 1 ou 2 autres.

Un fil est placé dans le chas de chacune de ces broches, on les noue sur la ligne médiane et la pexie est terminée.

Voici, du reste, en quelques mots, le résumé des différents temps de cette opération telle que je l'ai fait décrire par mes élèves.

1er temps : Désinfection du champ opératoire, dilatation du col, lavage de la cavité utérine, introduction de mon gros hystéromètre ;

2me temps : La malade est placée sur le lit de Trendelenburg. L'aide chargé de l'hystéromètre, remonte l'utérus, le plaque contre la paroi abdominale antérieure qu'il soulève légèrement ;

3me temps : Sur cette saillie, incision de toute la paroi jusqu'au péritoine ;

4me temps : Passage des aiguilles-broches que l'on munit ensuite d'un fil ;

5me temps : On retire successivement chacune des broches et on lie les fils hystéro-fixateurs. Suture superficielle au catgut.

Voyons maintenant en quoi consiste la cystopexie, et examinons les indications et le manuel opératoire de cette opération soit combinée à l'hystéropexie, soit pratiquée seule.

Byford (2) semble avoir été le premier à proposer de soulever, par des fils, la vessie en cystocèle. Il incise le canal inguinal, après avoir pratiqué l'opération d'Alexander, en allant jusqu'au tissu cellulaire rétro-pubien. Il s'assure par le toucher bimanuel de la position de l'uretère (ce qui ne doit pas être facile). Il passe alors une aiguille armée de crins de Florence, de haut en bas, à travers la paroi vaginale dans le cul-de-sac latéral gauche. L'aiguille est ensuite poussée de bas en haut à travers le vagin à une distance d'un quart de pouce du point d'entrée et on la fait ressortir par la plaie vaginale. On a ainsi une anse de crin de Florence comprenant une petite partie de la paroi vaginale antérieure ; avec un autre point de suture on prend un point d'appui dans le tissu cellulaire. Les fils sont alors tendus et noués sur le canal inguinal et ferment l'incision de sa paroi postérieure.

On fait la même opération de l'autre côté.

Cette opération, Messieurs, qui est une cystopexie indirecte, par l'intermédiaire de la paroi vaginale, me paraît extrêmement dangereuse en raison de l'uretère que l'on côtoie sans cesse, qu'il n'est pas toujours facile de reconnaître et par suite qu'on peut blesser.

(1) Voy. *Semaine Gynécologique*, 1897, p. 99.
(2) The Cure of Cystocele by inguinal Suspension of the Bladder. *Americ. Journal of Obst.*, février 1890.



La même année, en France, Tuffier (1) et ses élèves De Vlaccoz et Dumoret publièrent des recherches intéressantes sur la cystopexie directe. Tuffier, après avoir, par l'expérimentation sur le Chien, démontré que la fixation de la vessie à la paroi abdominale n'entraînait pas de troubles du côté de la miction, proposa dans les cas de cystocèle la suspension de la vessie. Il fait l'incision de la taille hypogastrique et, sans ouvrir le péritoine, fixe latéralement à droite et à gauche la surface vésicale.

De Vlaccoz et Dumoret ouvrirent résolument le péritoine, ce qui leur permit de remonter plus haut la vessie et de fixer sa paroi antérieure recouverte du péritoine au péritoine pariétal correspondant.

Tuffier fait une cystopexie extra-péritonéale ; Dumoret et De Vlaccoz la font intra-péritonéale. Tous sont satisfaits des résultats.

J'emprunte ces détails historiques à une note de la dernière édition du Traité de Gynécologie de Pozzi.

Messieurs, je me rattache au procédé de Dumoret dans le fait que, moi aussi, je fais l'ouverture de la cavité péritonéale et que je cherche à établir des adhérences séro-séreuses.

Mais de même que dans mon procédé d'hystéropexie je soulève l'utérus par le gros hystéromètre, de même je remonte le fond de la vessie avec le doigt introduit dans celle-ci, ce qui me permet de me rendre un compte exact des rapports de la paroi vésicale avec les fils que je vais passer. Pour ce faire, comme dans l'hystéropexie, j'emploie les aiguilles broches. Par l'introduction du doigt dans la vessie dont le canal a été préalablement dilaté avec les bougies d'Hegar, je suis assuré, en dirigeant ma pulpe digitale en avant, de passer des fils à travers la paroi antéro-supérieure vésicale sans aucun risque de pénétrer dans la cavité. L'aiguille-broche, en effet, sera, après avoir traversé l'aponévrose et le péritoine, dans une étendue de 2 ou 3 centimètres, dirigée interstitiellement dans l'épaisseur des parois vésicales bien guidée par mon doigt qui m'avertit quand je m'approche trop de la surface muqueuse. Ensuite l'on passe un fil de catgut dans le chas des broches et l'on procède comme dans l'hystéropexie.

Je considère comme d'une importance capitale cette introduction du doigt dans la vessie.

Lui seul peut rendre cette intervention absolument exempte du danger de perforer la vessie ; lui seul permet de se rendre un compte exact du passage des fils cysto-fixateurs. Les aiguilles-broches, de leur côté, ont l'avantage de se laisse manier plus facilement qu'une aiguille, surtout quand il s'agit de les insinuer interstitiellement dans une paroi aussi mince que celle de la vessie.

Comme dans mon procédé d'hystéropexie, les fils comprennent l'aponévrose et le péritoine. Je considère la fixation de ce dernier, comme dans le procédé de Dumoret, comme absolument insuffisante.

Voici donc les différents temps de la cystopexie telle que je la comprends. Vous les comparerez avec ceux de l'hystéropexie que je vous ai donnés plus haut et vous verrez l'analogie complète qui existe entre ces deux opérations.

1er *Temps*.

Désinfection du champ opératoire. Dilatation de l'urèthre, lavage de la vessie.

2me *Temps*.

La malade est placée sur le lit de Trendelenburg.

3me *Temps*.

Laparotomie, introduction du doigt dans la vessie qui est soulevée jusqu'au-dessus du pubis.

4me *Temps*.

Passage des aiguilles-broches guidées par le doigt intravésical.

5me *Temps*.

On retire successivement chacune des broches et on lie les fils vésico-fixateurs. Suture superficielle au catgut.

Telle est la cystopexie typique ; souvent ce n'est qu'un temps ajouté à l'hysteropexie. Dans ce cas, lorsque les broches ont été retirées et les fils noués, on a au-dessous de la fixation utérine assez de place pour fixer à son tour la vessie, comme nous l'avons dit plus haut.

(1) Tuffier : *Bulletin et mémoires de la Société de Chirurgie*, 1890, tome XVI.

Le doigt introduit dans la vessie a encore l'avantage de fixer l'opérateur sur certains rapports anormaux de la vessie avec l'utérus. J'ai signalé, et mon assistant le Dr Condamin a publié une note à ce sujet (1), une modification dans les rapports de la vessie qui remonte sur le corps utérin, tandis que celui-ci descend entraîné par le prolapsus.

La cystopexie ainsi comprise est une opération qui ne présente aucun danger. Bien entendu, elle doit être associée à la périnéorraphie, à l'hystéropexie quand le prolapsus est utéro-vésical et que la sangle périnéale n'existe plus ; mais dans certains cas elle pourra être employée seule quand seule aussi existera la cystocèle.

C'était le cas, chez une religieuse dont le périnée était intact et dont la vulve avait été dilatée par la saillie d'une cystocèle.

Chez cette malade les besoins d'uriner étaient fréquents, un peu douloureux ; par moment, il existait de l'incontinence.

Les pessaires ne pouvaient rien dans un tel cas. Je pratiquai la cystopexie par le procédé que je viens de vous décrire. Aussitôt après l'opération, diminution notable du nombre des mictions, plus de douleurs. La cystocèle n'a pas reparu malgré les efforts divers que l'on a recommandés à la malade de faire comme traitement d'épreuve.

La malade est très satisfaite du résultat obtenu. Très satisfaite aussi une autre malade, chez laquelle la cystopexie a été ajoutée comme traitement complémentaire à une hystéropexie et une périnéorraphie.

J'ai tout lieu de croire que ces deux premiers faits ne seront pas les seuls où l'on obtienne un résultat satisfaisant. En tout cas cette opération, que je considère, encore une fois, grâce à l'introduction du doigt dans la vessie, comme absolument dépourvue de dangers, me paraît destinée à répondre à des indications assez nombreuses. Non seulement les prolapsus génitaux avec cystocèle en seront justiciables, mais encore les cystocèles à l'état isolé, ou celles que l'on rencontre après l'hystérectomie.

Ce sera même pour ces dernières l'unique ressource, puisque les culs-de-sacs vaginaux ont généralement disparu et ne peuvent conserver en place un pessaire, moyen toujours un peu incertain, quand il s'agit de soutenir la vessie prolabée.

REVUE AMÉRICAINE

W. C. Borden. — CATGUT ANTISEPTIQUE LENTEMENT RÉSORBABLE GRACE A UNE MODIFICATION DE LA MÉTHODE DE BOCKMANN. (*N. Y. med. J.*, 18 sept. 1897.)

Le catgut, rendu aseptique par la méthode de chaleur sèche de Bockmann, est fort, souple, et convient fort bien à de multiples applications chirurgicales, telles que suture du péritoine, ligatures, etc. Mais sa facile résorbabilité le rend impropre là ou la traction des tissus est forte et il ne saurait convenir, de l'aveu même de Bockmann, pour les sutures de la peau. On sait, en effet, combien est difficile la stérilisation absolue des téguments : le catgut, aseptique simplement, constitue par lui-même un excellent milieu de culture et son emploi, pour suturer la peau, est souvent suivi de la formation de petits abcès superficiels. Pour obvier à ces inconvénients, il est nécessaire de rendre le catgut non seulement *aseptique*, mais *antiseptique*. On s'est beaucoup servi, pendant quelque temps, de tendons de Kangourou ; mais indépendamment de son prix beaucoup plus élevé, son inégalité d'épaisseur lui donne une résistance très inégale et en rend l'asepsie fort difficile. L'auteur s'en est servi, mais en le faisant bouillir pendant 1 h. 1/2 dans une solution alcoolique de sublimé à 1 p. 500.

Il en a obtenu de bons résultats au point de vue de la durée de résorption : attribuant cet effet à l'ébullition dans le sublimé, il a institué des expériences comparatives portant sur la préparation du catgut par la stérilisation simple au moyen de la méthode de Bockmann et par la stérilisation suivie de l'ébullition dans le sublimé à 1 p. 500.

Des coupes microscopiques montrent que le catgut simplement *stérile* est attaqué par les leucocytes et se désagrège bien plus tôt que celui qui a été rendu *antiseptique* par le sublimé. La préparation consiste à plonger le catgut, préalablement stérilisé à la chaleur, dans un bocal à demi-plein d'une solution de sublimé à 1 p. 500

(1) CONDAMIN. — D'une modification des rapports de la vessie dans le prolapsus utérin. (*Lyon médical* 1884.)



d'alcool à 95° et à le faire bouillir lentement au bain-marie. On le conserve dans ce bain.

La résistance n'est nullement diminuée par l'ébullition et une table comparative montre que sa résistance est supérieure à celle du tendon de Kangouroo et à celle des autres préparations de catgut. La présence du sublimé n'irrite pas plus le trajet des fils que l'iodoforme la surface de la plaie. Le catgut, préparé à la formaline d'après la méthode d'Hofmeister, et qui a joui d'une grande vogue, gonfle davantage, est plus glissant et montre moins de résistance. En résumé, le catgut stérilisé à la chaleur, puis bouilli dans l'alcool sublimé, est à la fois antiseptique et aseptique, fort et lentement résorbable et peut ainsi soutenir toute comparaison.

Louis Franck. — DE L'HYSTÉRECTOMIE : EST-ELLE JUSTIFIABLE DANS LES LÉSIONS SEPTIQUES DES ANNEXES ? (*N. Y. Med. J.*, 22 janvier 1898.)

Prenant parti dans la discussion qui a eu lieu à la Société Médicale de Chicago sur l'hystérectomie, l'auteur se déclare adversaire de cette méthode et des vues de Henrotin, qui s'est déclaré partisan de la façon de faire des chirurgiens français. Avant d'aborder la discussion de son opinion, Franck résume la pathologie des annexes. En fait, les 9/10 des cas sont d'origine gonococcienne ou streptococcienne et l'endométrium est primitivement affecté. Lorsque tel n'est pas le cas, l'infection, au lieu de suivre la muqueuse, suit les lymphatiques, ayant son point de départ dans l'utérus ou le vagin. C'est ce qui se produit dans l'infection puerpérale, dont l'agent est à peu près toujours le streptocoque. Le Gonocoque, au contraire, suit la voie muqueuse ; il produit l'endométrite corporéale ou cervicale et n'envahit que la muqueuse en respectant la musculeuse. Les cellules atteintes meurent et s'éliminent et l'agent infectieux se cantonne dans les culs-de-sac glandulaires où il reste comme endormi, mais prêt à un retour offensif aigu, ou bien détermine un léger catarre. Dans la trompe, dont la structure n'est que la continuation de celle de l'utérus, le processus est le même, n'intéressant que la muqueuse, avec cette différence que, dans l'utérus, l'écoulement des sécrétions est facile, tandis que dans la trompe, les 2 orifices s'obstruent et il en résulte un abcès clos, où les microbes succombent bientôt, ne laissant qu'un pus stérile. Avec le *Streptocoque*, l'infection, lorsque son point de départ est utérin, suit aussi la muqueuse, mais sa virulence est telle que celle-là s'ulcère, et que l'infection atteint ou même pénètre la musculeuse : il peut même produire des abcès musculaires, ordinairement multiples. S'il ne se produit pas d'abcès, le processus ascendant est le même que pour le gonocoque. Lorsque l'infection est d'origine vaginale, elle suit la voie lymphatique pour atteindre les trompes : l'utérus peut alors rester parfaitement indemne. Cette pathogénie ne doit pas être perdue de vue dans le choix de l'acte opératoire et elle réduit à un nombre très restreint de cas, la justification de l'hystérectomie.

Quelles sont les raisons qu'on invoque en faveur de l'hystérectomie ?

1° La principale — qui a été la seule pendant longtemps — c'est que les annexes enlevées, l'*utérus est inutile*. Franck ne pense pas ainsi ; l'ablation de la totalité de l'organe détruit le diaphragme pelvien, dont il est la clef de voûte, d'où prolapsus. Henrotin en convient implicitement lorsqu'il recommande, avec Baldy, de conserver le col s'il est sain, lorsqu'on opère par la voie abdominale, afin de sauvegarder la statique des plans pelviens.

D'autres organes, du reste, deviennent inutiles après l'ablation des annexes : doit-on aussi enlever les seins? Il serait encore plus logique de supprimer l'appendice sain qui est un organe aussi inutile et beaucoup plus dangereux.

2° *Aptitude à de futures affections*. Mais il n'est pas exact que le col lacéré ou non, soit plus apte à la dégénérescence cancéreuse, après l'ablation des annexes, que l'utérus soit plus exposé à la tuberculose ou à la gonorrée. En fait, l'aptitude au cancer est moindre.

Une récidive de gonorrée peut survenir, mais pas plus qu'après la guérison, en dehors de toute castration : du reste, l'atrophie consécutive à celle-ci en diminue les chances. Pourquoi, d'ailleurs, ne pas adopter l'hystérectomie comme moyen prophylactique du cancer dans tous les cas de lacération du col, ou contre la gonorrée éventuelle ?

Un autre argument est que l'organe est tellement malade qu'on peut le considérer comme incurable. Pourquoi, alors, soigner les endométrites autrement que par l'hystérectomie ? Du reste, l'auteur, comme bien d'autres, a vu de tels utérus enlevés sur lesquels non seulement l'examen macroscopique, mais le microscope ne trouvaient aucune lésion. On devrait aussi supprimer l'appareil génital dans tous les cas d'infection puerpérale.

3° *Convalescence*. La pratique personnelle de l'auteur lui permet d'affirmer que la convalescence n'est ni plus longue, ni plus pénible après la laparotomie qu'après l'hystérectomie.

4° *Mortalité*. L'analyse de nombreux cas montre que la mortalité n'est pas plus considérable si on laisse l'utérus : par contre, dans les cas compliqués, l'hystérectomie expose à des accidents que ne comporte pas la laparotomie et dont il a vu plusieurs exemples fatals : saisie de l'intestin dans une pince, gangrène et mort ; dérapement d'une pince, hémorragie et mort.

5° *Drainage*. Celui-ci est sans doute mieux assuré par l'hystérectomie ; mais dans quelle proportion de cas celui-ci est-il nécessaire ? Dans un bien petit nombre en réalité. Le pus des trompes est stérile lorsqu'on n'opère pas trop tôt : du reste, l'incision du cul-de-sac postérieur assure aussi bien le drainage lorsqu'il semble nécessaire. Quant aux *Phénomènes nerveux*, ils ne sont certainement pas diminués par la suppression de l'utérus autant qu'il peut en juger par sa propre expérience.

Pourquoi l'auteur n'adopte-t-il pas cette nouvelle méthode ? C'est que l'opération abdominale sans ablation de l'utérus, comporte moins de choc, moins de chances d'hémorragie et d'infection septique, une mortalité probablement moindre, que c'est une opération plus chirurgicale et que les résultats en sont aussi bons. C'est un principe de chirurgie de ne sacrifier de tissus qu'autant qu'il est indispensable. La suppression de l'utérus détruisant les rapports du bassin, entraîne de ce fait des troubles divers. Opérant par en bas, on ne peut voir les lésions que lorsque l'utérus est enlevé, et il est illusoire de prétendre, comme on l'a voulu, conserver l'organe après l'avoir sectionné en partie ou par moitié. Or la laparotomie permet de sauvegarder un côté sain, de se contenter de détruire des adhérences seules causes des symptômes observés, etc. Plusieurs observations de grossesses consécutives à ces opérations en font foi. En résumé, l'auteur n'est pas opposé à l'hystérectomie vaginale dans le cancer, dans les cas où les lésions utérines atteignent la musculature, sont incurables, comme il arrive dans des cas rares de septicémie puerpérale ; mais il s'y oppose de toute son expérience, dans les cas de simples lésions des annexes.

John Earnest. — GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE OPÉRÉE AU 7e MOIS. (*Annals of Gyn. and Pediatry*, janv. 1898.)

Multipare de 36 ans : après 2 mois de pertes irrégulières, collapsus subit et état grave qui s'améliore. Opération 5 mois plus tard. A ce moment, tumeur volumineuse occupant la ligne médiane et le flanc gauche : autre tumeur à droite, fluctuante et distincte. A l'ouverture du ventre la première se présente sous l'aspect d'une masse volumineuse, sillonnée de gros vaisseaux à parois foncées et épaisses semblant fusionnée avec l'utérus.

La tumeur droite, du volume d'une tête d'adulte, à parois d'un quart de pouce d'épaisseur, est séparée de la première par un sillon distinct et profond. Adhérences intestinales étroites sur la grosse tumeur ; malgré les précautions prises, l'intestin se déchire en 2 endroits ; suture de Lembert. Le kyste droit est enlevé facilement et sans perte de sang. La grosse tumeur, formée en majeure partie du placenta, offrait l'aspect d'une tumeur fibro-kystique émanée de l'utérus : des tentatives de détachement sont suivies d'une hémorragie alarmante, et comme on ne peut saisir isolément les artères utérines, on prend le parti de passer un serre-nœud sur le col et d'enlever le tout en bloc.

Etat de la malade grave ; on pratique ensuite la ligature, on tamponne le bassin à la gaze iodoformée et on applique un pansement compressif. Retrait de la gaze le 6e jour. A partir du 8e jour, issue de matières par la plaie et établissement d'une fistule qui nécessitera sans doute une opération ultérieure. La tumeur était recouverte d'un volumineux placenta qui adhérait au fond du bassin et à la paroi abdominale, se réfléchissait, au niveau du détroit supérieur, sur le fond de l'utérus qu'il englobait complètement. La poche, ainsi limitée, renfermait un fœtus d'environ 7 mois.

W. L. Burrage. — QUELQUES RÉSULTATS DE LA POSITION DÉCLIVE POUR DRAINER LE PÉRITOINE APRÈS LES OPÉRATIONS ABDOMINALES. (*Soc. Med. de Suffolk*, 27 oct. 1897. — *Annals of Gyn. and Pediatry*, janvier 1898.)

L'auteur reproduit en bonne partie un travail antérieur de Clark dans lequel est démontrée la médiocre utilité — et parfois le danger — du drainage péritonéal par l'angle inférieur de la plaie abdominale, drainage auquel on renonce de plus en plus. Clark suggère l'idée de le remplacer par l'élévation des pieds du lit, de telle sorte que les liquides éventuellement collectés dans la cavité péritonéale s'épandant sur toute sa surface, soient, par suite, facilement résorbés. Cette proposition est étayée sur des considérations anatomiques et physiologiques. Muscatello a récemment démontré qu'au-dessous de l'endothélium du péritoine diaphragmatique et entre les fibres du tissu conjonctif s'ouvrent des espaces de 4 à 6 μ. en groupes de 50 ou 60, qui communiquent avec les vaisseaux lymphatiques : il ne les a pas rencontrés ailleurs. Ces orifices sont sans doute de puissants agents de l'absorption péritonéale que l'on sait considérable, à l'état sain (jusqu'au poids de l'Animal en 24 heures). Il est probable aussi que le courant intra-péritonéal qui porte les liquides et les minimes particules solides vers le dia-

phragme et la gravité due à la position déclive, facilitent aussi l'absorption et le transfert vers les ganglions. A la fin de l'opération, tous les liquides et débris sont abstergés avec des éponges, après quoi la cavité abdominale est soigneusement irriguée avec la solution saline normale ; on l'éponge, puis on laisse de 500 à 1000 c. c. de solution saline qui établira le courant vers le diaphragme lorsque la malade sera placée sur son lit déclive. L'épiploon est étalé et l'incision suturée, puis le pied du lit élevé de 20°, inclinaison suffisante, qui est maintenue pendant 24 à 36 heures.

Burrage a employé cette méthode 27 fois au cours des 5 derniers mois, tous cas sérieux, d'effusion de pus, de suintement abondant, dans lesquels le drainage par l'incision eût été antérieurement pratiqué : tous ont guéri. Dans 4, des cultures ont été faites qui 2 fois ont été stériles et 2 fois ont donné des Streptocoques : la convalescence, malgré l'effusion de pus, a été également bénigne dans tous les cas. La marche moyenne de la température et du pouls pendant les 4 premiers jours, dans 26 sur 27 observations, a été de 100°4 à 99°2 pour la température et de 100 à 79 pour le pouls. L'urine, mesurée pendant les 4 premiers jours, s'est montrée considérablement plus abondante, le 1er jour surtout lorsqu'on a laissé de la solution saline dans la cavité et la soif moins vive. Au début il laissait le lit élevé pendant 24 heures, puis comme le pouls devenait plus rapide après abaissement, il le laisse déclive pendant 36 h. Avec cette élévation de 18 pouces les malades tendent à glisser vers la tête du lit et quelques-unes s'en plaignent ; il y a aussi un peu de gêne pour avaler et on doit déglutir lentement ; mais, par contre, les vomissements sont plus rares et plus faciles. Le cathétérisme est nécessaire. Il n'y a pas de congestion de la face, ni de mal de tête ; les maux de reins et les douleurs abdominales sont nuls ou très atténués, de même pour le shock, qui est également conjuré par les lavements ou les injections de sérum. En somme cette méthode, d'après l'orateur, constitue un réel progrès en chirurgie abdominale.

Discussion : *Kingman* regrette d'avoir connu l'avis de cette communication trop tard pour pouvoir consulter ses observations et en donner les résultats avec détails ; mais ayant lu jadis le travail de Clark et s'étant édifié sur l'expérience de Burrage, il a, lui aussi, pratiqué un certain nombre de fois cette sorte de drainage avec la plus ample satisfaction, notamment au point de vue de l'absence des douleurs post-opératoires. Très partisan du drainage dans les cas d'effusion de pus ou de suintement sanguin, il apprécie hautement cette méthode qui préserve les malades d'une cicatrice affaiblie et leur laisse un grand bien-être. Il l'a appliqué notamment dans un cas presque désespéré d'opération pour grossesse extra-utérine, et ce cas, à lui seul, eût suffi à le rendre partisan déclaré de ce traitement.

Storer a laissé 20 fois l'abdomen plein de solution saline et, pour la plupart des cas, avant qu'il eût connaissance du travail de Clark. Dans 3 cas, la solution était favorable et il ne redoutait pas de fièvre : dans les autres, il y avait du pus. Son intention, du reste, en laissant l'abdomen plein d'eau, n'était pas de faire du drainage, mais de prévenir le choc. La température fut plus élevée que la moyenne établie par Burrage : Il ne pense pas qu'une élévation extrême soit nécessaire et, quoi qu'en dise Kingman, elle est pénible pour les malades.

Cushing n'a pas grande foi dans ce drainage postural : la conformation et la profondeur du bassin ne permettent guère de comprendre le drainage vers le diaphragme, même avec une déclivité d'un pied ou 18 p. Si les résultats sont meilleurs, ce résultat est dû surtout à ce qu'on fait de la chirurgie plus propre et plus habile et peut-être aussi, dans certains cas, à la solution saline laissée dans le ventre.

Johnson, depuis le mémoire de Clark, n'a plus fait de drainage et il a eu un certain nombre d'abcès de la trompe ou de l'ovaire avec effusion de pus : tous ont eu une convalescence parfaite, notamment un cas de gros fibrome ayant suinté copieusement. Il n'a eu qu'une ou deux malades se plaignant vraiment de la position ; dans ce cas, on abaisse momentanément le lit, on sonde, on change la malade de place, on baigne le dos et on rétablit la position déclive. Clark ne prétend pas, du reste, par sa méthode, drainer le bassin, mais aider le courant à se faire vers le diaphragme.

Burrage répète que l'élévation du lit n'a pas pour but le drainage du bassin, mais l'établissement du courant vers le diaphragme où on suppose se faire plus activement l'absorption des germes septiques. D'une manière générale, le drainage est bien plus sûr confié au péritoine lui-même qu'à des infirmières. Clark ne prétend pas supprimer le drainage : il le conserve pour certains cas de péritonite généralisée, par exemple, ou d'appendicite ou de suture intestinale, lorsque le pouvoir d'absorption de la séreuse est très diminué ou les chances d'infection manifestes. Dans ces cas, le drainage a sa raison d'être, mais dans la majorité des cas, il vaut mieux l'éviter.

Cushing. Il y a deux points en question : doit-on supprimer le drainage, et la position déclive le supplée-t-il ? Que cette position établisse le courant vers le diaphragme, c'est là une vue théorique et qui demande de plus amples investigations. Cushing ne le conteste pas, mais bien des opérateurs qui ont l'habitude de drainer seraient surpris de voir des suites excellentes sans drainage, s'ils opéraient avec plus de soin.

Burrage. Des expérimentateurs allemands ont établi la réalité du courant vers le diaphragme en déposant des particules de carmin dans le bassin : la position déclive, donnée aux Animaux en expérimentation, hâtait la résorption de la matière colorante.

Lapthorn Smith. — RÉFLEXIONS SUR 248 CAS DE CHIRURGIE ABDOMINALE. (*Annals of Gyn. and Pediatry*, janv. 1898.)

De janvier 1890 à novembre 1897, 248 laparotomies avec 17 morts ou 6,75 %, pratiquées à l'hôpital ou en ville : parmi celles-ci, bon nombre de cas graves, tels que 2 tumeurs du rein sans mort ; 11 larges tumeurs ovariennes, 2 morts ; 14 hystérectomies abdominales, 4 morts ; 9 hernies, sans morts ; 62 pyosalpinx, 5 morts ; 99 ventrofixations, 1 mort. Il ne peut partager le reproche adressé quelquefois aux gynécologues, d'opérer trop facilement, car, sur 4300 consultations, il ne s'est décidé à l'opération que 245 fois, et il croit qu'un bon nombre d'autres en auraient bénéficié. Chez une centaine de malades atteintes de salpingite avec poussées péritonitiques, il se fait, pendant des périodes variant de 3 mois à 2 ans, du traitement palliatif et il convient que cette temporisation accroît sensiblement les difficultés opératoires et les chances d'ouverture dans une cavité voisine, font courir des dangers.

La cirrhose de l'ovaire est bien plus douloureuse qu'on ne le suppose généralement : il n'opère, dans ce cas, qu'après des tentatives de traitement palliatif et a souvent essuyé, de ce fait, des reproches de ses malades qui pouvaient obtenir une guérison immédiate. Dans des cas de douleurs extrêmes, les ovaires étaient si petits qu'on avait peine à les trouver et le soulagement suivait immédiatement leur ablation : en 8 années, il n'a fait la laparotomie pour ovarites que 36 fois. Dans une douzaine de cas, il s'est contenté de ponctionner les kystes en laissant les ovaires ; mais il n'a pas à se louer de ces procédés conservateurs en ce qui concerne l'ovaire dans l'intérêt des malades et dans le sien propre.

Une fois, il a eu à rouvrir le ventre dix jours après une ovariotomie, et 9 heures après des vomissements fécaloïdes pour de l'occlusion intestinale : l'intestin fut libéré, et la malade guérit. Le traitement de la grossesse extra-utérine est une des plus brillantes conquête de la chirurgie : il a opéré 7 fois avec succès ; 4 fois le diagnostic était correct, 4 fois on croyait avoir affaire à du pyosalpinx. Les 3 signes caractéristiques sont : l'augmentation de volume des seins, l'irrégularité et la douleur des règles et l'apparition d'une tumeur rapidement croissante d'un côté du bassin : s'il survient une syncope, le diagnostic n'est plus douteux et l'opération est urgente, car l'expectation est désastreuse. Dans ses premières opérations, il a eu quelques éventrations, mais il n'en a plus depuis 3 ou 4 ans et il attribue ce résultat à l'habitude qu'il a prise de laisser les sutures pendant un mois. Depuis qu'il emploie la position de Trendelenburg, il n'a plus recours à aucun mode de drainage : en effet, l'intestin n'apparaît pas et échappe aux manipulations. Le grand lavage avec une solution saline lui semble une excellente mesure et il laisse de 1 à 2 litres de liquide dans la cavité abdominale pour préserver les adhérences, diminuer la soif, laver les reins et remonter le pouls. Dans l'ablation des grandes tumeurs, c'est très utile pour maintenir la pression sanguine. Il n'use jamais de l'iodoforme, à cause de son odeur, de son prix et des accidents d'intoxication qui ont été observés : il emploie le permanganate, l'acide oxalique et le sublimé. Dans 8 cas, l'appendice vermiforme était très adhérent à la trompe. Il est très partisan, pour l'appendicite, de la résection non seulement de l'appendice, mais du cœcum, en fermant la boutonnière d'une double suture de Lembert et sans laisser de moignon, lequel provoque souvent des ennuis et la formation d'une fistule.

REVUE FRANÇAISE

Lanelongue et J. Vitrac. — UNE VARIÉTÉ RARE DE FIBROMYOME UTÉRIN SOUS-PÉRITONÉAL AVEC TORSION DU PÉDICULE ET ENROULEMENT DES ANNEXES. MYOMECTOMIE. GUÉRISON. (Brochure 8°, 1898.)

Femme sans antécédents. Menstruation à 15 ans, régulière. Ménopause à 45 ans (1884). Vers 1885, expulsion d'un polype utérin ? Deux ans après, la malade remarque que son ventre augmente de volume et constate la présence dans la région sous-ombilicale d'une tumeur du volume d'une orange. En septembre 1896, survient une crise qui dure cinq jours, accompagnée de vomissements, et caractérisée à la fois par une sensibilité très accusée dans tout le ventre et surtout au niveau de la tumeur et par des coliques pénibles dans toute la région sous-ombilicale.

Lorsqu'on l'examine, le 28 novembre 1896, le ventre est le siège

d'une voussure d'apparence assez régulière dont les limites s'arrêtent à deux travers de doigt au-dessus de l ombilic, situé dans une sorte d'échancrure, que limitent à son niveau deux sommets de la tumeur. Il y a bien en effet tumeur, et qui plonge dans l'excavation ; pas de prolongements dans les régions voisines ; mobilité très obtuse. La consistance est ferme, élastique dans l ensemble, plus rénitente, presque fluctuante à quatre travers de doigt au-dessus du pubis. Pas d'irrégularités de surface ; pas de bruit de souffle. Extérieurement la peau est normalement vascularisée et pigmentée ; quoique tendue, elle glisse librement sur les parties profondes ; dans les flancs, à droite surtout, existent quelques frottements péritonéaux. La percussion est franchement mate dans toute la région saillante et dure ; elle est sonore au-dessus de l'ombilic et dans les flancs : ces caractères restent les mêmes quelle que soit la position donnée à la malade.

Le toucher vaginal donne les renseignements suivants :

Le col a une configuration, une consistance et une situation normales : le corps ne paraît pas augmenté de volume ; il est en avant et un peu vers la droite.

Les culs-de-sac postérieur et gauche sont entièrement libres ; mais ils bombent, en avant et à droite, donnant en ce point la sensation d'une résistance élastique ; cette sensation est à peine plus nette si on presse fortement sur le ventre.

La pression abdominale, de même, impressionne difficilement l'utérus, car les mouvements d'abaissement se transmettent bien, mais ceux d'élévation ou de latéralité ne modifient pas d'une façon très sensible la position du col. Le toucher rectal ne fournit aucun renseignement. La cavité utérine mesure 6 centimètres seulement.

Les autres appareils sont normaux ; toutes les fonctions se passent dans de bonnes conditions, sauf une diminution notable dans la quantité des urines (650 grammes par jour avec 21 grammes d'urée par litre), diminution qui a cédé rapidement sous l'influence du régime lacté.

Le doute était vraiment possible, et bien que les signes de tumeur ovarique fussent en majorité, on ne pouvait se défendre de reconnaître que les signes physiques plaidaient plutôt en faveur d'un fibrome, encore qu il y manquât et la transmission des mouvements et l'allongement de la cavité utérine.

Ce dernier signe, en particulier, est le plus fréquemment d'une très grande importance ; mais il faut reconnaître, quand on le recherche pour les cas de fibrome douteux, qu'il manque quelquefois : témoin un cas tout récent d'une Femme entrée salle 8, actuellement opérée et guérie d'un énorme fibrome qui avait évolué très rapidement, implanté sur la face postérieure d'un utérus resté absolument normal comme dimensions.

Le 3 décembre, laparotomie : l'épiploon est épaissi et collé sur une tumeur volumineuse à la surface de laquelle adhèrent encore des portions d'intestin grêle et l'appendice. La tumeur dégagée est lisse, de consistance dure et uniforme, à grand axe longitudinal et médian ; elle plonge dans l'excavation. Là elle s'unit par un pédicule large de trois doigts, peu résistant et un peu aplati, avec la partie supérieure d'un utérus petit et mobile qui paraît indépendant. Au pédicule sont accolés un ovaire et une trompe qui semblent être les annexes de droite ; dans son épaisseur, il contient une masse brune et kystique. Section au-dessous de la masse annexielle et double ligature ; ligature des adhérences, et résection d'une partie de l'épiploon.

Dans la suite pas d'accidents ; réunion *per primam* ; la malade est en parfaite santé le 20 décembre.

La tumeur enlevée pèse 5 k. 300 ; elle a une surface lisse, avec des débris d'adhérences. Très résistante, elle se compose d'une masse principale, ovoïde, et d'une masse secondaire plus petite qui se continue avec sa face postérieure et inférieure. C'est le pédicule : on y voit des sillons parallèles disposés en spirale ; c'est la trace non douteuse d'une torsion de gauche à droite, qui a parcouru une demi-circonférence, tellement qu'on peut, en détordant le pédicule, faire revenir le bord droit à gauche, et réciproquement.

Le kyste découvert tout d'abord n'est autre chose qu'un ovaire kystique au-dessous duquel se cachait la trompe correspondante ; il est sur la face antérieure du pédicule ; la face postérieure est occupée par l'autre groupe des annexes. Or ces deux groupes, antérieur et postérieur, peuvent être décollés des faces du pédicule, sur les bords duquel ils s'insèrent ; le groupe antérieur s'insérant au bord droit, et le groupe postérieur au bord gauche. Si on étale ces annexes ainsi décollés, on voit qu'ils étaient enroulés autour du pédicule, et eux aussi de gauche à droite.

Examen microscopique. — Les coupes ont porté :

a) Sur la masse principale de la tumeur, au centre ou à la périphérie.

b) Sur les parois de la cavité comprise dans le pédicule.

c) Sur une des trompes.

a) *Masse de la tumeur.* — Les coupes ont subi la double coloration : hématéine et éosine. Elles renferment du tissu conjonctif, des fibres musculaires et des vaisseaux.

Le tissu conjonctif est peu abondant ; il sépare des tractus beaucoup plus considérables qui sont uniquement formés d'éléments musculaires. Ce tissu conjonctif a dans certaines coupes l'aspect d'un tissu frappé de nécrobiose.

Les éléments musculaires composent la plus grande partie des coupes : les faisceaux sont sectionnés parallèlement, obliquement ou perpendiculairement à leur direction. Comme pour le tissu conjonctif, les fibres musculaires sont ou normalement colorées, ou frappées de nécrose de coagulation.

Les vaisseaux sont abondants ; ils sont, au contraire, au milieu des masses dégénérées, entourés d'une couche très considérable de tissu fibrillaire ; et alors quelques-uns sont presque totalement oblitérés ; d'autres restent béants, vides, ou bien sont en partie remplis de quelques mailles fibrineuses, et d'un coagulum granuleux.

La nécrose de coagulation est le phénomène capital dans toutes les préparations ; elle est absolument caractéristique, reconnaissable à l'absence de coloration des noyaux, aussi bien pour le tissu conjonctif que pour le tissu musculaire.

Elle atteint non pas des éléments isolés, mais des territoires entiers qui remplissent partie seulement, ou même totalité de certaines coupes. La limite des éléments sains et des éléments nécrosés est assez nettement tranchée.

Les coupes portant sur la périphérie de la tumeur contiennent peut-être une plus grande quantité de tissu frappé de nécrobiose. Sur ces coupes, il n'y a pas trace d'épithélium rappelant la séreuse péritonéale

La mort des éléments cellulaires est ici un processus que l'analyse microscopique seule pouvait déceler ; différente du sphacèle en masse qui peut se reconnaître d'après le simple aspect des tissus, elle a pour caractère cette absence déjà signalée de la coloration des noyaux. Cette coloration n'a pu être obtenue même par des procédés électifs nucléaires (par exemple le bleu polychrome); en outre son absence n'est évidemment pas le résultat d'un défaut de technique, puisque sur certaines préparations, tels éléments sont très franchement colorés, alors que tels autres ne le sont pas.

La mort cellulaire n'existe donc que d'après les seules modifications du noyau ; pas de dégénérescence granulo-graisseuse ; pas de fonte des cellules qui conservent leurs rapports, formes, etc., comme normalement. Cependant, pour chaque cellule morte, la coloration en masse est un peu plus pâle que normalement.

b) *Parois de la cavité.* — Les coupes montrent deux couches très nettes :

1° Une couche externe : c'est du tissu musculaire, qui est très nettement sain, ou quelquefois frappé de dégénérescence, comme ci-dessus.

2° Une couche interne ; elle est réduite généralement à une bande de mince épaisseur ou à une bande plus épaisse qui remplit un tiers de la surface de la coupe.

A la surface de cette couche, pas d'éléments épithéliaux sains, ni même d'éléments dégénérés.

Tout entière elle est formée par une masse rosée (coloration à l'éosine), d'aspect granuleux. On y trouve encore avec du pigment sanguin quelques dépôts fibrineux, à l'état fibrillaire ou granuleux. Cette couche granuleuse est en rapport direct avec le tissu myomateux, le plus souvent ; — par places elle en est séparée par une petite bandelette conjonctive.

c) *Trompe.* — La cavité est oblitérée : à sa place probable, on trouve une masse fibreuse, composée d'un tissu peu dense, mal pourvu de noyaux et faiblement coloré. Ce bouchon conjonctif est entouré par un anneau très net de fibres musculaires. Pas de traces de nécrose comme dans les autres coupes.

En dehors enfin de cette zone musculaire, une mince couche conjonctive dense, puis du tissu plus lâche, et par places quelques cellules épithéliales aplaties, vestige de la séreuse.

En résumé, un fibromyome, avec prédominance de tissu musculaire.

Dans la tumeur, des foyers, non de gangrène, mais de mort cellulaire (nécrose de coagulation caractérisée par l'absence de coloration des noyaux), avec conservation absolue, dans leur forme et leurs rapports, des éléments privés de vitalité.

Ce détail de l'analyse microscopique est des plus intéressants : il faut sans doute y voir le premier stade d'un sphacèle au début, produit sous l'influence de la torsion du pédicule.

Cette observation est certainement du plus haut intérêt ; l'histoire de la torsion du pédicule des fibromes utérins est bien moins connue que celle des kystes ovariques ; les gros pédicules surtout se tordent encore plus rarement. Un fait exceptionnel, c'est aussi le siège de cette torsion en plein corps utérin, et l'enroulement des annexes L'état de la cavité dans le pédicule, la petitesse de son orifice de communication, sont sans doute une preuve que la torsion est de date beaucoup plus ancienne que les signes cliniques qui l'ont tout récemment annoncée.

Et avec une torsion aussi serrée, ce qui doit expliquer, somme



toute, l'altération très limitée et tout à fait à son début de la masse principale de la tumeur, c'est la conservation de vaisseaux assez volumineux qui arrivaient directement dans le pédicule au-dessus de la torsion(1).

Voron. — FIBRO-SARCOME DE L'UTÉRUS ENLEVÉ PAR LA VOIE ABDOMINALE. (Société des sciences médicales de Lyon, janvier et février 1898. *Echo médical de Lyon*, 15 mars 1898.)

M. Voron présente un fibro-sarcome de l'utérus que M. Jaboulay a enlevé l'avant-veille par la voie abdominale. Cette tumeur était incluse dans la moitié droite du ligament large ; malgré son volume assez considérable (480 gr.), elle aurait probablement pu être enlevée assez facilement par le vagin. Au surplus, M. Jaboulay pense qu'au lieu de pratiquer, comme il l'a fait, l'hystérectomie supravaginale, il eût été préférable de faire une section longitudinale et médiane de l'utérus et d'enlever seulement la moitié de l'organe sur lequel était implantée la tumeur. Cette technique eût peut-être évité des saignements assez considérables qui se sont produits à la fin de l'intervention, du côté du ligament large gauche. Deux jours après l'opération, l'état de la malade est très satisfaisant.

REVUE BELGE

Lauwers. — DU CANCER DU CORPS DE L'UTÉRUS. (*Bulletin de la Société belge de gynécologie et d'obstétrique*, 19 février 1898.)

OBSERVATION I. — Mme De D..., âgée de 63 ans, mariée, mère de famille, a eu sa ménopause vers l'âge de 49 ans. Depuis dix-huit mois, elle a présenté des pertes de sang irrégulières, précédées et suivies d'un écoulement très fétide. A ma demande, elle dit avoir éprouvé depuis quelques mois des douleurs, peu intenses, dans le bas-ventre, revenant par accès et comparables à de très légères douleurs d'accouchement. Symptômes d'anémie très accusés.

A l'exploration bi-manuelle, je constatai que le corps de l'utérus, sphérique, mou, avait le volume d'un gros poing. Le col était intact, entr'ouvert, admettant aisément la dernière phalange de l'index.

Le 10 septembre 1889, je pratiquai l'hystérectomie vaginale ; opération facile, grâce à l'extrême mobilité du corps utérin.

Suites opératoires normales.

Diagnostic microscopique : cancer diffus du corps de l'utérus.

Suites ultérieures : l'opérée est morte en novembre 1893, c'est-à-dire plus de quatre ans plus tard, des suites d'une chute. Elle avait joui jusqu'alors d'une santé florissante.

OBSERVATION II. — Mme Ch. B..., âgée de 38 ans, mariée, sans enfants, vint me consulter à la fin du mois d'août 1889. Elle accusait des menstruations abondantes et des pertes blanches non fétides. Dans l'intervalle des époques cataméniales, il lui arrivait de perdre du sang, par petites quantités. L'utérus n'était guère augmenté de volume et le col était intact, un peu entr'ouvert. Croyant à une endométrite, je pratiquai le curettage de la cavité utérine le 25 septembre 1889. Dans le but de dilater le canal cervico-utérin, je me mis en devoir de passer dans l'utérus les tiges de Hégar, en verre. A mon grand étonnement, la première tige pénétra dans la cavité utérine jusqu'au manche, bien que le cathétérisme m'eût démontré que la longueur du canal cervico-utérin n'était que de 7 1/2 centimètres. Je retirai la première tige, et je passai la seconde (n° 2) avec la plus grande douceur : elle pénétra jusqu'au manche comme la première. Croyant que la première tige avait perforé la paroi utérine, et que la seconde avait suivi le chemin tracé par la première, j'interrompis la dilatation du canal cervical, et je me bornai à introduire dans la cavité utérine une curette étroite pour ramener quelques petits lambeaux de muqueuse, qui furent soumis à l'examen microscopique. Ce léger curettage provoqua une assez abondante hémorragie, qui fut arrêtée par le tamponnement de la cavité utérine avec de la gaze iodoformée.

Diagnostic microscopique des fragments de muqueuse enlevés : cancer de la muqueuse utérine.

Le 27 septembre 1889, c'est-à-dire le surlendemain du curettage, je pratiquai l'hystérectomie vaginale : opération facile, dont les suites furent régulières.

A l'examen du corps de l'utérus extirpé, je fus surpris de constater que la paroi de l'utérus, ramollie à l'extrême, était perforée en deux endroits.

Il y a huit ans que cette opération a été faite et Mme Ch. B... jouit encore toujours d'une excellente santé.

(1) L'observation que M. Schwartz présentait à la même date à l'Académie de médecine doit se rapprocher un peu de celle-ci ; mais dans le cas de M. Schwartz, le pédicule était bien plus grêle, et le siège de la torsion très différent.

OBSERVATION III. — Th. D..., âgée de 57 ans, célibataire, avait subi, le 23 mars 1892, un curettage utérin, légitimé par des hémorragies fort abondantes, survenant à des intervalles irréguliers. Les fragments de muqueuse enlevés, soumis à l'examen microscopique, présentaient la structure de l'adénome.

Quelques semaines après cette première intervention, les hémorragies recommencèrent et la malade me fut renvoyée au mois de juillet de la même année.

Le 27 de ce mois, je pratiquai un nouveau raclage utérin. Le col utérin était petit, conique, virginal ; le corps de la matrice, fléchi à angle aigu sur le col, avait la forme et le volume d'un œuf de poule. La sonde introduite dans la cavité utérine provoqua une perte de sang assez abondante. Le canal cervical fut aussitôt dilaté avec les tiges de Hégar : j'introduisis la curette, qui ramena de volumineux fragments de substance utérine. Je tamponnai la cavité de la matrice avec de la gaze iodoformée et je pratiquai, séance tenante, l'hystérectomie vaginale.

Le corps de l'utérus était le siège d'un carcinome diffus qui avait envahi presque toute l'épaisseur des parois de l'organe jusqu'au voisinage de l'orifice interne.

La malade supporta, sans le moindre incident, cette seconde opération.

Malheureusement, les pertes de sang ne tardèrent pas à se reproduire et la malade revint me trouver en novembre 1892.

Le fond du vagin était transformé en un vaste ulcère, à base et à bords indurés, saignant au moindre contact.

Dans le but d'arrêter les hémorragies, qui menaçaient d'emporter la malade, je curettai à fond l'ulcère cancéreux et je fis une cautérisation énergique au thermo-cautère.

La malade succomba le 16 mars 1893.

OBSERVATION IV. — Marie D..., épouse J. W..., de Roulers, âgée de 59 ans, mère de sept enfants, a eu son retour d'âge à 49 ans.

Depuis deux mois, elle ressentait des douleurs presque continues dans la région sacrée, et elle avait des pertes blanches très peu abondantes, mais très fétides.

A l'exploration bi-manuelle, je trouvai le corps de l'utérus gros comme deux poings, sphérique, résistant, douloureux à la pression. Le col, fléchi en avant, à angle aigu, sur le globe utérin, était petit, dur, fermé. Des tentatives de cathétérisme de la cavité utérine, pratiquées d'abord sur le doigt, puis à l'aide de valves, demeurèrent sans résultat : la sonde pénétrait dans le canal cervical à 2 centimètres de profondeur, mais je ne parvins pas à lui faire franchir l'orifice interne.

Le 28 juin 1893, la malade fut endormie au chloroforme. Après avoir sectionné le col de part et d'autre jusqu'à l'orifice interne, je poussai vivement le numéro 3 des dilatateurs de Hégar dans la cavité utérine. Il s'en échappa aussitôt un flot de pus horriblement fétide. L'index, introduit de force dans la cavité de la matrice, lavée et désinfectée au préalable par une abondante irrigation au sublimé, rencontra de toutes parts une surface irrégulière, friable, ramollie. Je bourrai l'utérus de gaze iodoformée et je pratiquai, séance tenante, l'hystérectomie vaginale. Cette opération fut difficile, à cause du ramollissement des parois de l'utérus, qui se déchiraient sous la traction des pinces, et des adhérences intimes qui unissaient la face antérieure de l'organe à la paroi postérieure de la vessie. Elle fut cependant menée à bonne fin sans accident. Je fermai le péritoine par des sutures, et je tamponnai le vagin avec de la gaze iodoformée.

Pendant les trois premiers jours, la convalescence fut troublée par un pouls fréquent (jusqu'à 124) et par des transpirations fort abondantes. Le quatrième jour, tout rentra dans l'ordre.

Suites ultérieures : la malade me revint après quelques semaines avec une fistule vésico-vaginale. La paroi postérieure de la vessie, envahie par le cancer, était le siège d'une vaste ulcération.

Cette malade succomba quatre mois après son opération.

Diagnostic microscopique : cancer diffus des parois du corps de la matrice.

OBSERVATION V. — Mme De K..., batelière, mère de famille, âgée de 52 ans, avait eu sa ménopause à 47 ans. Depuis quelques mois elle accusait des métrorragies irrégulières, alternant avec des pertes blanches très fétides.

A l'exploration bi-manuelle, je trouvai un col intact. Le corps de l'utérus était globuleux, dur, douloureux à la pression.

Le 26 juillet 1893, je pratiquai l'hystérectomie vaginale ; opération facile, grâce à la largeur du vagin et à la mobilité de l'utérus.

Convalescence régulière, athermique.

A l'examen de l'utérus extirpé, je trouvai un large ulcère siégeant immédiatement au-dessus de l'orifice interne. La cavité utérine était baignée de pus.

Diagnostic microscopique : cancer circonscrit de la muqueuse utérine (Dr Depla).

En 1896, l'opérée jouissait encore d'une santé florissante. Je ne l'ai pas revue depuis cette époque. Mais des membres de sa fa-



mille m'ont affirmé qu'elle serait revenue à la moindre menace de récidive et que la nouvelle de sa mort leur aurait certainement été annoncée.

Observation VI. — Elodie Gh..., épouse de Léon Van de P..., âgée de 31 ans, mère de quatre enfants, a eu, il y a cinq mois, une fausse couche, suivie d'une abondante hémorragie. Depuis cette époque elle a perdu du sang d'une manière à peu près continue. Aussi présente-t-elle tous les caractères d'une anémie fort avancée : pâleur du teint, battements de cœur et dyspnée au moindre mouvement, fatigue extrême, céphalalgie, transpiration abondante, œdème aux pieds, etc.

A l'exploration abdomino-vaginale je constatai que le col, intact, mais entr'ouvert, admettait le bout de l'index, et que le corps de la matrice était notablement augmenté de volume.

Le 21 mars 1894, je fis anesthésier la malade dans le but d'explorer la cavité utérine, et de pratiquer l'opération réclamée par le diagnostic obtenu. Le canal cervico-utérin fut rapidement élargi au moyen des dilatateurs de Hegar, au point de permettre l'introduction de l'index. Le toucher intra-utérin me permit de constater alors qu'il existait, implantée au fond de la cavité utérine, une tumeur du volume d'un œuf de pigeon. Je me mis en devoir d'enlever ce néoplasme au moyen d'une forte curette, mais cette manœuvre fut aussitôt suivie d'une hémorragie tellement abondante que je me crus obligé de tamponner la cavité utérine, et de pratiquer, séance tenante, l'hystérectomie vaginale.

Opération facile. Convalescence régulière et rapide. Guérison.

Diagnostic microscopique (Dr Depla) : la petite tumeur et la partie du fond de l'utérus, qui lui servait de base d'insertion, présentaient une structure cancéreuse des plus évidentes. Partout ailleurs, la muqueuse utérine était normale.

Cette opérée jouit encore, à ce moment d'une excellente santé.

Observation VII. — Louise M..., âgée de 39 ans, célibataire, a souffert de ménorragies depuis plus de huit ans. Dans l'intervalle des époques menstruelles, surtout pendant ces deux dernières années, elle a des pertes régulières, rouges ou blanches, non fétides. Anémie très prononcée ; œdème des membres inférieurs jusqu'au dessus des genoux ; pouls petit et fréquent (120). Pas de fièvre.

Par le toucher vaginal combiné au palper abdominal, je trouvai la matrice, grosse comme le poing, globuleuse, douloureuse à la pression, en rétroflexion. Par le col entr'ouvert s'échappaient de volumineux bourgeons charnus, dont l'examen microscopique révéla la nature cancéreuse.

Il est à noter que la malade n'avait jamais ressenti la moindre douleur,

Le 24 août 1894, je pratiquai l'extirpation totale de l'utérus par le vagin.

Suites normales, à part un peu de fièvre (jusqu'à 38°,8 c. le soir) pendant les trois premiers jours.

La cavité utérine était gorgé de masses cancéreuses, qui avaient envahi et détruit les parois de l'organe dans presque toute leur épaisseur.

Mort par récidive en février 1896.

Observation VIII. — Mme V..., âgée de 62 ans, mariée, sans enfants, avait eu sa ménopause à l'âge de 46 ans. Depuis plusieurs mois elle perd, d'une façon presque continue, soit du sang, soit du liquide séreux très fétide.

Corps de l'utérus augmenté de volume, dur, douloureux à la pression. Col entr'ouvert, mais intact. La mobilité de l'organe est notablement diminuée.

Le 20 novembre 1895, hystérectomie vaginale. Suites régulières.

Examen microscopique : cancer diffus, très avancé en profondeur, de la muqueuse utérine.

Mort par récidive.

Observation IX. — Mme V..., âgée de 64 ans, mariée, mère de famille, a eu son retour d'âge vers 46 ans.

Il y a plus de trois années que sont survenues de nouvelles hémorragies, très abondantes, irrégulières quant à leur apparition et leur durée, précédées et suivies de pertes séreuses qui ne dégagent pas la moindre fétidité.

A l'exploration bi-manuelle, rendue fort malaisée par l'embonpoint de la malade, je trouvai le corps de l'utérus gros comme un fort poing d'adulte, mobile, mais sensible à la pression ; le col, très haut situé dans le vagin, était intact, mais entr'ouvert.

L'hystérectomie vaginale, pratiquée le 3 mars 1896, fut fort laborieuse à cause du volume de la matrice et de l'étroitesse des parties molles. Dans le but de la faciliter, j'incisai largement le périnée.

Suites régulières.

Examen anatomique : le corps de l'utérus, notablement augmenté de volume, était rempli de villosités : on eût dit de la filasse implantée sur toute l'étendue de la muqueuse du corps de la matrice. Col intact.

Examen microscopique : adéno-carcinome diffus du corps de l'utérus.

Cette opérée jouit jusqu'ici d'une excellente santé.

Observation X. — Mme D. D..., âgée de 56 ans, a eu cinq enfants : ménopause normale.

Depuis trois mois, elle avait des hémorragies utérines irrégulières, auxquelles se sont jointes, depuis trois semaines, des pertes séreuses fétides.

A l'exploration bi-manuelle, je trouvai le corps de l'utérus triplé de volume, douloureux à la pression, mais mobile ; col intact.

Hystérectomie vaginale facile, le 23 mars 1896.

Convalescence régulière, troublée seulement, les premiers jours, par quelques élévations thermiques peu inquiétantes.

A l'examen de l'organe enlevé, je trouvai sur une des parois utérines un ulcère dur, sanieux, de 5 à 6 centimètres de diamètre, mais n'envahissant, en épaisseur, que le tiers de la paroi. Partout ailleurs, la muqueuse utérine est normale.

Diagnostic microscopique : cancer circonscrit de la muqueuse utérine.

Suites ultérieures : la santé de cette opérée est parfaite jusqu'ici.

Observation XI. — Mme H..., âgée de 41 ans, mariée, mère de huit enfants, vient me consulter au sujet de pertes sanguines abondantes, survenant au moment des règles, et dans les périodes intercalaires.

L'exploration bi-manuelle ne me révéla rien d'anormal, sauf une légère augmentation de volume du corps de l'utérus et une perméabilité anormale du canal cervical.

La malade fut anesthésiée au chloroforme le 8 juin 1896. Après avoir dilaté l'utérus au moyen des tiges de Hegar, je pratiquai le curettage de la cavité de la matrice. Il suffit d'avoir pratiqué un certain nombre de fois cette petite opération, pour reconnaître cette sensation spéciale de résistance que présente le muscle utérin au contact de la curette.

Dans le cas présent, cette résistance caractéristique fit nettement défaut vers le segment inférieur de la cavité utérine ; la curette mordait plus à fond et ramenait de plus gros fragments de tissu que d'habitude. En même temps, comme dans la sixième observation, il survint une hémorragie très abondante. J'interrompis l'opération ; je lavai la cavité utérine et je la remplis de gaze iodoformée.

L'examen microscopique des fragments enlevés permit de conclure, avec une entière certitude, à l'existence d'un cancer du corps de l'utérus.

Hystérectomie vaginale, facile, le 10 juin.

L'ulcère cancéreux, large comme une pièce de 2 francs, occupait la partie inférieure de la cavité utérine, immédiatement audessus de l'orifice utérin.

Suites opératoires excellentes.

Cette opérée est jusqu'ici sans trace de récidive.

Observation XII. — Mme M., âgée de 42 ans, mariée, stérile, accusait depuis plusieurs mois, des pertes sanguines très irrégulières, très abondantes, se continuant parfois pendant six ou sept semaines sans interruption.

A l'examen bi-manuel, je constatai que le corps de l'utérus, peu mobile, avait le volume d'un gros poing d'adulte. Col intact.

Au moment de l'opération, qui eut lieu le 3 février 1897, je donnai la préférence à la voie abdominale, moins à cause du volume de l'utérus, qu'à cause du peu de mobilité de l'organe et de l'étroitesse du canal vaginal.

Je pratiquai l'amputation supra-vaginale de l'utérus par le procédé intra-péritonéal que j'ai déjà eu l'occasion de décrire.

La paroi utérine renfermait des myomes multiples, de petit volume, et la muqueuse de l'organe servait de point d'attache à un volumineux bouquet de bourgeons charnus, qui remplissaient la cavité de la matrice, et dont l'examen microscopique révéla la structure cancéreuse.

L'ovaire droit, qui était transformé en un amas de papillomes cancéreux, développés vers l'intérieur du ligament large correspondant, fut enlevé dans la même séance.

Quant au col, bien qu'il fût intact en apparence, je l'enlevai aisément quinze jours plus tard, c'est-à-dire le 17 février 1897.

Cette opérée est bien portante jusqu'à ce jour.

*
* *

La relation de ces douze cas de cancer du corps de la matrice m'a suggéré deux ordres d'observations : les uns concernent l'étude du cancer de l'utérus ; les autres se rattachent au traitement du cancer en général.

*
* *

Le *cancer du corps de l'utérus* n'est pas défini, au point de vue de ses symptômes, de ses signes physiques et de sa marche, aussi nettement que semblent le faire croire nos traités classiques des affections des organes génitaux de la femme. Celui qui, pour se prononcer sur la nature cancéreuse d'une affection du corps de la



matrice, attendrait l'arrivée des symptômes qu'on attribue communément à ce genre d'affections, — utérus volumineux, pertes fétides, coliques paroxystiques, teint jaunâtre, etc., — s'exposerait à ne trouver que des cancers inopérables et encourrait la plus grave responsabilité. De tous les symptômes qu'on attribue communément au cancer corporéal, il n'en est pas un — à part la métrorrhagie — qui n'ait fait défaut dans l'une ou l'autre de mes observations.

La métrorragie, survenant inopinément chez une Femme qui a dépassé la ménopause, constitue un symptôme d'une importance capitale : et si, à l'inspection, on n'en trouve pas la cause dans une dégénérescence maligne du col, l'idée d'un cancer du corps doit se présenter immédiatement à l'esprit du gynécologue.

Les pertes fétides n'ont pas, à beaucoup près, la même valeur séméiologique : car elles peuvent faire complètement défaut (observations II, III, VI, VII, XI), même dans des cas relativement avancés (observ. IX), et elles s'observent aussi dans les endométrites atrophiantes des femmes âgées.

L'augmentation de volume du corps de l'utérus s'observe souvent, mais pas toujours : je l'ai vue faire défaut trois fois sur douze cas (observ. II, III et XI).

Dans la plupart de mes observations, le col était légèrement entr'ouvert.

En résumé, chez la plupart des malades que j'ai observées, il existait un ensemble de symptômes subjectifs et objectifs, constituant des éléments d'appréciation suffisants. Mais il en était d'autres où ni l'âge de la malade, ni les symptômes constatés ne pouvaient faire présumer l'existence d'un cancer, et où l'examen microscopique de fragments de tissu, enlevés par la curette, a seul permis d'aboutir à une entière précision dans le diagnostic (observ. II, VI et XI). Or, c'est dans ces cas précisément que la guérison paraît devoir être radicale. L'importance, tant de fois constatée et tant de fois contestée, de l'examen microscopique se trouve ainsi mise, une fois de plus, en lumière.

De toutes mes malades, atteintes de cancer opérable du corps de l'utérus, il n'en est pas une seule qui ait succombé à l'hystérectomie, soit vaginale, soit abdomino-vaginale (observ. XII).

Quant aux résultats éloignés de ces opérations, ils sont on ne peut plus encourageants.

Quatre de mes malades seulement sont mortes de récidive, l'une quatre mois (observ. IV), les trois autres une année après l'opération (observ. III, VII, VIII).

Une de mes opérées est morte des suites d'une chute, quatre ans après avoir subi l'hystérectomie, et sans avoir présenté aucun sympôme de récidive (observ. I).

Mes sept autres opérées sont encore en vie, et sauf pour l'une d'elles, que je n'ai pas revue (observ. V), je puis affirmer que toutes jouissent jusqu'ici d'une santé florissante. Elles ont été opérées, l'une il y a plus de huit ans (observ. II), une autre il y a cinq ans (obs. V), une autre encore il y a quatre ans (observ. VI), trois autres il y a environ deux ans (observ. IX, X et XI) et la dernière il y a une année.

***

Les résultats que m'a fournis l'hystérectomie dans le cancer du corps de l'utérus concordent avec ceux que j'ai obtenus dans le traitement chirurgical du cancer de tous les autres organes. C'est vous dire que j'ai une confiance absolue, inébranlable dans l'efficacité du traitement opératoire des tumeurs malignes. C'est vous dire que je ne saurais en aucune manière, partager les idées démoralisantes, énervantes qui, malheureusement, sont défendues par un grand nombre de chirurgiens.

Pour obtenir des guérisons radicales dans le traitement chirurgical des épithéliomas — cancroïdes ou cancers — il est indispensable — et il suffit ! — d'enlever le néoplasme en totalité.

Le mot récidive est un non-sens, ou plutôt c'est un mot néfaste, car il éveille une idée radicalement fausse.

Il y a une vingtaine d'années, le chirurgien qui amputait un sein cancéreux plongeait le bistouri en plein dans des tissus infiltrés de cellules cancéreuses. Quelques semaines ou quelques mois après l'opération, le cancer réapparaissait, pour la raison bien simple que le chirurgien, au moment de l'opération, avait laissé du cancer dans la peau, du cancer dans les aponévroses, du cancer dans le tissu cellulaire, du cancer dans les ganglions. Et il se désespérait d'avoir des récidives !

La chirurgie moderne a hérité des idées erronées de la chirurgie d'autrefois. En réalité, il n'existe pas de récidives, et il ne saurait y en avoir. Le cancer ne recommence pas, il continue : extirpé en totalité, il ne réapparaît pas ; enlevé incomplètement, il reprend sa marche envahissante, et c'est là, en clinique, toute sa malignité.

Par malheur, le cancer n'est pas seulement là où on le voit à l'œil nu. Et, pour en revenir à l'exemple dont je viens de me servir, il est démontré aujourd'hui, par les travaux de Heidenhain, de H.-J. Stilles et de Grossman, que si l'on veut, dans une amputation du sein cancéreux, extirper tous les tissus qui pourraient être infiltrés de cancer, il faut enlever le sein avec toute la peau qui le recouvre, les muscles pectoraux et leurs aponévroses, les ganglions lymphatiques de l'aisselle, du creux sous-claviculaire et parfois même diviser la clavicule pour extirper les lymphatiques du creux susclaviculaire. Halsted, Kotter, Cheyne et Helferich, qui ont suivi cette technique opératoire, ont vu 42 % de leurs malades rester indemnes de récidive trois ans après l'opération. Ces résultats ne prouvent-ils pas, de toute évidence, que les récidives observées il y a quelques années, si fréquentes, si fatales, étaient dues, en réalité, au développement des traînées cancéreuses qu'on abandonnait dans les bords et dans le fond de la plaie opératoire ?

Tout en admettant qu'il existe dans la malignité et dans le mode de développement des tumeurs cancéreuses, des modalités nombreuses, parfois impossibles à connaître et à prévoir, je soutiens, comme vérité primordiale et fondamentale, que tout cancer peut guérir au début, par l'acte chirurgical, quelle que soit sa nature, quel que soit l'organe où il a pris naissance. Pour ma part, j'ai enlevé de la peau de la face, du tronc et des membres, des lèvres, de la verge, du col et du corps de l'utérus, de la vulve, de la langue, de l'estomac et des intestins, des tumeurs cancéreuses, dûment constatées et vérifiées, tant par les symptômes cliniques que par le contrôle microscopique, et qui n'ont pas récidivé jusqu'ici, c'est-à-dire plusieurs années après l'acte opératoire.

Malheureusement, l'action du chirurgien se trouve presque toujours paralysée, soit par l'ignorance des malades, qui tardent beaucoup trop de recourir aux médecins, soit par la faute des médecins, qui ne conseillent l'intervention chirurgicale qu'à une époque où le cancer est inopérable.

Le salut des cancéreux réside dans l'intervention la plus hâtive, et l'exérèse la plus large possible. Le médecin qui attend des semaines et des mois avant de recourir à l'extirpation chirurgicale d'un cancer assume une responsabilité tout aussi grave que celui qui remet au lendemain la kélotomie dans un cas de hernie étranglée. L'infiltration cancéreuse des lymphatiques dans le premier cas constitue une complication moins effrayante et mieux cachée mais tout aussi grave que la gangrène intestinale dans le second.

Nos connaissances anatomiques imparfaites sur l'infiltration des lymphatiques dans le cancer d'un grand nombre d'organes ne nous permettent pas, comme le prouvent le grand nombre de récidives locales, même après les opérations en apparence les plus complètes, de poursuivre la dégénérescence maligne en parfaite connaissance de cause ; et nous devons nous en tenir jusqu'ici au précepte, malheureusement trop vague, d'enlever le plus largement possible, non seulement l'organe malade, mais aussi les vaisseaux et les ganglions lymphatiques envahis. L'ablation génitale abdominale avec évidement du bassin, dans le cancer utérin mérite, pour cette raison, la préférence sur l'hystérectomie vaginale simple, au même titre que l'ablation du sein avec excision des aponévroses et des muscles et évidement de l'aisselle, mérite la préférence, dans le cancer mammaire, sur l'excision simple de la glande envahie.

Le souci de la vérité m'oblige à dire que je ne saurais admettre que l'hystérectomie vaginale, telle que nous la pratiquons, ne constitue qu'une opération palliative, forcément suivie, tôt ou tard de récidive.

Les observations que je viens de vous présenter, les résultats que l'hystérectomie vaginale m'a fournis dans le cancer du col, les statistiques d'autres gynécologues, notamment celles de Fritsch de Bonn, qui accusent de 10 à 15 p. c. de guérisons maintenues encore huit à neuf ans après l'opération, démontrent de toute évidence que le cancer utérin constitue, au début, une affection locale, que les lymphatiques pelviens ne sont pas envahis dès le début de la maladie et que l'hystérectomie vaginale constitue, dans certains cas favorables, une opération suffisamment radicale. Si je lui préfère l'hystérectomie abdominale, avec évidement du bassin, c'est parce que nous ne savons pas à quel moment a lieu l'envahissement des lymphatiques pelviens, et que cette opération permettra de sauver un certain nombre de malades chez lesquelles l'hystérectomie vaginale simple eût été insuffisante.

Je termine par cette observation frappante du professeur Fritsch, qui rend parfaitement ma pensée sur la curabilité chirurgicale du cancer : « Nous guérissons radicalement 15 sur 100 de malades atteintes de cancer uterin ; nous sauverions tout aussi aisément les 85 p. c. qui restent si celles-ci nous arrivaient aussi vite que les premières. »

Tout ouvrage dont il sera envoyé deux exemplaires sera annoncé et analysé s'il y a lieu.

R. PICHEVIN, *Directeur-Gérant.*

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE DAIX FRÈRES.
Maison spéciale pour Journaux et Revues.



SOMMAIRE

CYSTO-FIBROMES ET CYSTO-SARCOMES DE L'UTÉRUS

Transformations des fibromes,

Par le Dr H. DURET, ex-chirurgien des Hôpitaux de Paris, Professeur de Clinique chirurgicale.

—

I.—Les cysto-fibromes utérins ne sont pas des tumeurs absolument rares, puisque, dans sa remarquable thèse de 1880, le Dr Le Bec a pu en réunir 24 cas, et que nous-même, depuis deux ou trois ans, nous avons eu l'occasion d'en opérer quatre avec succès, dans des conditions difficiles. On est surpris, cependant, de voir que les Traités généraux et les ouvrages de Gynécologie les plus récents, ne consacrent aucun chapitre spécial à leur étude nosographique. Leur évolution, leur diagnostic, et les conditions de l'intervention qu'ils nécessitent, présentent, cependant, les particularités les plus importantes au point de vue clinique et opératoire. On ne peut considérer comme close la question des tumeurs du *corps de l'utérus*, quand on a parlé des myômes en général et du cancer : c'est à peine si on trouve ensuite quelques pages consacrées à l'étude des sarcomes de la muqueuse ou des tissus interstitiels.

La formation des tumeurs mono ou poly-kystiques de l'utérus n'est pas un *épiphénomène banal*, d'autant que le fibrome qui les accompagne passe souvent au second plan au point de vue de l'importance clinique, ou même est tout à fait insignifiant. Dans quelques cas rares, il semble faire complètement défaut : il ne s'agit plus que *de kystes de l'utérus*.

Nous nous proposons, dans ce travail, après avoir présenté un aperçu sommaire des cas que nous avons opérés, d'exposer les principaux caractères cliniques de ces tumeurs, de faire connaitre les notions que l'on possède sur leur genèse et leur évolution, sur les transformations des fibromes qui en sont l'origine, et, enfin, d'indiquer la nature des opérations qu'elles nécessitent.

II. — Dans la première de nos observations, publiée intégralement dans la *Semaine gynécologique* de 1896 (n° 4, 28 février), il s'agit d'une tumeur *polykystique* volumineuse de l'utérus, observée chez une demoiselle de 42 ans. Le ventre était très développé, saillant en avant, et retombant sur les cuisses. Par le palper, on trouvait une tumeur multilobée, remontant jusque dans la région épigastrique et sous les hypochondres. On reconnaissait la présence d'un néoplasme à trois ou quatre gros lobes du volume d'une tête de fœtus ou d'une tête d'adulte : certaines de ses parties étaient nettement fluctuantes ; d'autres paraissaient dures et charnues. A l'ouverture du ventre, on constata que la masse morbide remplissait totalement le bassin, qu'elle y était fixée, et y avait, pour ainsi dire, pris racine. Elle s'était formée aux dépens de la face postérieure de l'utérus, sur toute l'étendue de laquelle elle s'insérait : en avant, le fonds de cet organe faisait une saillie d'un ou deux centimètres. La base d'implantation était tellement large qu'on ne pouvait ni soulever, ni incliner la tumeur, ni passer en arrière d'elle ou sur les côtés. Il fallut recourir au morcellement sur place. Par de larges incisions au bistouri, on évacua successivement: le kyste principal, qui laissa écouler trois litres de liquide séro-sanguin, puis trois ou quatre kystes du volume du poing, d'où s'échappa un liquide tantôt séreux, tantôt hématique. A l'aide d'un petit couteau à amputations, on divisa ce qui restait du bloc morbide, en tranches successives, qu'on enleva. Puis, lorsqu'il ne resta plus qu'un pédicule du volume des deux poings, représenté par la base d'implantation du néoplasme et l'utérus, on le divisa sur la ligne médiane jusqu'au cul-de-sac postérieur, et on enleva successivement chacune des deux moitiés. La malade guérit. — L'examen de la pièce montra qu'elle était constituée par des poches à cloisons de volume variable : les unes, minces, ressemblant à celles d'un kyste ovarien et répondant surtout à la partie supérieure du néoplasme ; mais les cloisons devenaient plus épaisses à mesure qu'on se rapprochait de la base. La masse finissait par devenir solide et présenter la constitution du fibrôme ou du fibro-sarcôme. L'utérus était comme accolé par sa face postérieure au devant de la masse morbide, et c'est à peine si son fonds s'en dégageait. Sa hauteur était de 13 centimètres. La totalité du liquide était de 8 à 10 litres : le poids des parties solides, 2 kilog. 500 gr.

C'était là un exemple typique de cysto-fibrôme utérin polykystique : car les parties solides avaient l'aspect et la structure des fibro-myômes de l'utérus.

Notre seconde observation, de date toute récente, mérite d'être relatée en entier. La malade, âgée de 50 ans, n'a pas d'antécédents héréditaires. Elle a été réglée à 15 ans pour la première fois, et toujours normalement depuis. Elle a eu 3 enfants et une perte : son dernier enfant a 17 ans. Toutes les couches ont été bonnes. La ménopause ne s'est pas encore établie pour elle : elle a encore des pertes, mais irrégulières.

Il y a deux ans, elle a commencé à maigrir et à pâlir, et elle a remarqué que son ventre grossissait. Depuis ce temps elle a des leucorrhées, et ses règles sont abondantes et prolongées. Depuis huit mois surtout, l'augmentation du volume du ventre est rapide. Elle n'a pas eu de troubles digestifs, tout au plus, un peu de constipation : ses mictions sont assez fréquentes.

Le 10 mars 1898, au moment où nous l'examinons dans notre service, elle est pâle, faible, très amaigrie, comme épuisée. Le ventre se présente sous la forme d'un globe très saillant, qui occupe tout l'espace compris entre les hypochondres et le pubis : il proémine d'au moins 30 centimètres en avant du plan antérieur du corps. *Au-dessus* de l'ombilic, le plan que forme sa courbe est très oblique ; mais, à partir de ce point, elle est très abrupte et devient presque perpendiculaire. L'aspect est assez bien celui de la bosse antérieure de polichinelle, un peu abaissée. La circonférence de l'abdomen au niveau du nombril est de 104 centimètres : il y a 23 cent. de l'appendice xyphoïde à l'ombilic, et 20 cent. de ce dernier au pubis.

Dans la région inférieure de la paroi abdominale, on observe un œdème d'une dureté ligneuse : partout, des réseaux veineux à grosses mailles. Par le palper, dans la partie inférieure droite de l'abdomen, occupant toute la région sous-ombilicale et le flanc, on constate l'existence d'une tumeur dure, fibreuse, du volume d'une tête d'adulte, qui descend profondément dans le bassin et est immobile. Dans tout le reste de l'abdomen, c'est-à-dire sous l'ombilic, dans le flanc gauche, dans la région sus-ombilicale et dans l'hypochondre gauche, jusque dans la région lombaire, la tumeur est manifestement liquide et uniloculaire ; dans toutes ces régions on obtient la sensation de flot. La disposition des choses est telle, que, si on se bornait à cette partie de l'examen, on croirait qu'on est en présence d'une tumeur fibreuse, à laquelle est annexée un volumineux kyste ovarique ; mais le reste de l'exploration ne confirme pas ce diagnostic. La percussion montre que l'intestin occupe la région lombaire droite et l'hypochondre droit, et une petite partie du creux épigastrique. Le toucher indique que l'utérus est remonté très haut ; les culs-de-sac vaginaux ne sont pas distendus : en refoulant fortement celui du côté droit, on arrive au contact de la tumeur solide. Les lèvres du col sont déchirées et éversées. L'hystéromètre se dirige fortement vers la droite, et pénètre à une profondeur d'au moins 16 centimètres. Ce fait indique un développement considérable de l'utérus. Il nous conduit à adopter de préférence le diagnostic de *cysto-fibrôme de l'utérus*, surtout si l'on tient compte des hémorrhagies et du développement rapide du néoplasme.

L'opération est faite le 11 mars 1898. Dès qu'on a ouvert le ventre dans la région sous-ombilicale, on voit que le néoplasme fait absolument corps avec la paroi : on est obligé de

déchirer, avec les doigts, quatre ou cinq kystes du volume d'un œuf de poule, à parois très minces, transparentes, qui laissent couler un liquide sanguinolent, très foncé. Il est complètement impossible de pénétrer en avant ou sur les côtés du néoplasme : dans toute la partie sous-ombilicale, la tumeur est soudée intimement par un épais tissu fibreux à la paroi, sans aucun plan de clivage, comme si le tissu fibromateux de la tumeur avait envahi la paroi elle-même. On ne sait où se trouve la vessie, et une sonde introduite reste loin au-dessous de la région opératoire. On prolonge l'incision jusqu'au-dessus de l'appendice xyphoïde, et on met ainsi à découvert la face antérieure de l'estomac et le foie, seuls organes reconnaissables. Il devient alors possible de glisser la main, sous le mésocôlon. Le côlon transverse, dans toute son étendue, et l'épiploon, grisâtre, épaissi, dur, sont intimement soudés à la tumeur. Avec la main qui est sous le mésocôlon, on décolle le gros intestin, sauf à sa partie moyenne. Il faut alors inciser, au-dessous de lui, l'épiploon, qui reste accolé dans sa totalité au néoplasme. Mais, en dégageant la partie moyenne du côlon transverse, nous y faisons une déchirure de 6 à 8 centimètres, qui est recousue aussitôt, par deux sutures de Lembert superposées. La main peut atteindre alors la partie latérale droite de la masse solide fibreuse, qui, comme nous l'avons dit, occupe la région droite de l'abdomen. Le ligament large de ce côté est sectionné entre des pinces. Du côté gauche, la tumeur est en connexion intime avec un énorme kyste à paroi épaisse, fibreuse, qui est en symphyse totale avec la paroi abdominale antérieure et latérale, avec quelques anses intestinales, et qui remonte jusqu'au contact de la rate. Nous ouvrons largement le kyste au bistouri : il en sort 8 litres d'un liquide sanguinolent, en même temps assez fortement teinté en jaunâtre, comme biliaire. La partie inférieure et latérale du kyste est intimement fixée sur la tumeur fibreuse et le fond de l'utérus. Mais, sa déplétion étant opérée, on peut distinguer l'ovaire gauche atteint de gigantisme, et la trompe : on sectionne alors le ligament large gauche. On sépare ensuite, au bistouri, la paroi du kyste, du néoplasme fibreux.

Tout n'est pas ainsi terminé, car le fibrome est tellement soudé à la paroi antérieure de l'abdomen, qu'il fait absolument corps avec elle, dans toute la région sous-ombilicale. Nous essayons de les séparer au bistouri, mais on coupe un tissu très dur, comme squirrheux, et, ne pouvant savoir où est la vessie, nous nous arrêtons bientôt. Nous nous décidons à couper hardiment la tumeur transversalement à quatre travers de doigt au-dessus du pubis, une sonde introduite dans la vessie ne s'élevant pas à cette hauteur. Les artères utérines sont pincées et liées. La tumeur solide enlevée, il reste dans le pelvis, un moignon fibreux du volume du poing. Nous l'attirons en haut avec des pinces, et comme nous ne pouvons pénétrer en avant, ne sachant où est la vessie, nous cherchons, au toucher, dans la profondeur de la cavité pelvienne, le col et le cul-de-sac postérieur du vagin. Nous ouvrons ce dernier, et l'index accrochant le col, nous détachons circulairement le conduit vaginal ; puis, procédant de bas en haut, alternativement à droite et à gauche, nous coupons la base des ligaments larges, rasant attentivement le col, et les parois latérales du moignon. Nous basculons en avant, nous rasons également la face antérieure du moignon de bas en haut, et nous sommes assez heureux, quoique traversant partout un tissu fibromateux, pour ne pas ouvrir la vessie. Mais, sur la ligne médiane, nous en sommes approchés de si près, que dans l'étendue d'un travers de doigt, la paroi postérieure de ce réservoir est très mince, comme membraneuse ; aussi, nous jugeons à propos, le moignon enlevé, de rapprocher derrière lui, les tissus fibreux voisins, à l'aide d'une suture continue à la soie.

Nous nous sommes débarrassés du fibrome : mais le kyste est resté intimement accolé aux parois antérieure et postérieure de l'abdomen. Deux mois avant l'entrée de la malade dans le service, une ponction de ce kyste avait été faite, et avait donné issue à 12 litres d'un liquide sanguinolent. Il y avait eu une réaction assez vive, qui explique l'étendue et la dureté des adhérences. Par traction, par décollement avec les mains, par dissection au bistouri, nous parvenons laborieusement à dégager la poche.

Toilette de l'abdomen. Bourrage à la gaze iodoformée de la cavité pelvienne et du vagin ; drain dans le cul-de-sac postérieur et dans le flanc gauche, suture de la paroi. Puis, aussitôt le pansement fait, injection de 600 gr. de sérum salé et de caféine. L'opération a duré une heure. La malade est sortie guérie de l'hôpital à la 4e semaine.

Examen des pièces. — Le néoplasme est formé de deux parties. 1° Une tumeur fibreuse. 2° Un énorme kyste. La masse fibreuse a le volume d'une tête d'adulte et pèse 2 kilog. 400 gr. Quand on en a pratiqué la section, on constate qu'elle est creusée à sa partie supérieure d'une cavité du volume du poing, contenant une matière grisâtre, gélatiniforme : sur la partie moyenne de ses faces latérales, s'insèrent les trompes saines, et les ovaires blanchâtres, durs, en état de gigantisme fibreux, puisqu'ils mesurent 8 cent. transversalement. La cavité utérine est très agrandie, aplatie d'avant en arrière ; sa paroi est épaisse de 4 travers de doigt ; et, par sa section, on obtient quatre ou cinq géodes, angulaires, aplaties, contenant un tissu grisâtre, gélatiniforme.

Le grand kyste a des parois fibreuses blanchâtres ressemblant extrêmement à celles d'un kyste ovarien ; mais, à l'intérieur, il est anfractueux, aréolaire, parcouru par des cordages fibreux, et tapissé de dépôts membraniformes : il ressemble à un placenta décoloré et dégénéré ; et ses cordages sont semblables à ceux des cavités d'un cœur hypertrophié.

Au point de vue anatomique, il s'agirait donc, dans notre seconde observation, d'un cysto-fibrome uterin, avec une grande cavité monokystique.

Nous ne citerons les autres observations que pour mémoire. L'une est relative à un fibrome de la paroi postérieure de l'utérus du poids de 3 kilog. 200, contenant une cavité du volume du poing, de nature colloïde, chez une femme de 48 ans. Une autre se rapporte à un fibrome mou, fluctuant, infiltré, creusé d'un grand nombre de petites géodes, de 3 kilog. 500. Dans un cinquième cas, nous avons trouvé, au centre d'un fibrome d'une tête d'aldulte, une cavité aplatie, grosse comme une orange et contenant un liquide citrin. Enfin, dans un sixième cas, nous relevons, dans un fibrome dépassant l'ombilic, une cavité unique centrale, entourée d'une coque de tissu utérin hypertrophié, ayant une épaisseur de 4 centimètres, contenant un liquide séro-sanguinolent, et simulant, à s'y méprendre, une cavité utérine distendue : or, celle-ci avait été aplatie et repoussée en avant.

Ces diverses tumeurs forment un ensemble représentant les types les plus fréquents des diverses cavités kystiques qu'on rencontre dans les cysto fibromes utérins.

III. — Les cavités kystiques observées dans les tumeurs utérines, sont classées par les auteurs en trois catégories : 1° Les géodes, dans les fibromes ; 2° les tumeurs polykystiques ; 3° les kystes de l'utérus.

La première et la troisième variétés ne nous arrêteront que quelques instants.

A). Le nom de *corps fibreux à géodes* est dû à Cruveilhier, qui explique cette appellation en disant qu'elle est empruntée à la géologie, qui s'en sert pour désigner les cavités, *sans paroi propre*. Presque toujours anfractueuses, les géodes se présentent le plus ordinairement dans les tumeurs molles, infiltrées. Tantôt elles sont vides, aplaties, sans liquide, parfois traversées par des brides, comblées par une ou plusieurs végétations pédiculées, ou par des produits membraniformes. Tantôt, elles sont distendues par un liquide citrin ou hématique. On les trouve parfois disséminées en grand nombre dans les fibromes ou dans l'utérus hypertrophié, sous forme de petits espaces angulaires, du volume d'un pois ou d'une noix, contenant un tissu grisâtre, mou, gélatiniforme ou myxomateux. Dans les grandes cavités, se trouverait à la face interne, d'après Ranvier, une simple couche épithéliale, très caduque mais sans autre tissu sous-jacent, que les éléments du myome lui-même.

B). Les *kystes de l'utérus* sont tantôt sous-péritonéaux, tantôt interstitiels. Ils sont ordinairement multiples. Les premiers occupent le tissu cellulaire sous-péritonéal du fond de l'utérus ou de ses faces ou même font saillie dans les ligaments larges. Dans un cas de Nünn, ils formaient un entourage presque complet à l'utérus. Dans celui d'Atlee, un kyste était au fond de l'utérus, un second à gauche, et deux petits à la partie infé-

rieure. La paroi de ces cavités est mince, transparente : elles contiennent un liquide citrin, jaunâtre ou sanguinolent. Ordinairement l'utérus lui-même est hypertrophié, et il peut renfermer un myome distinct, comme dans le cas de Tanner où se trouva un corps fibreux faisant saillie dans la cavité utérine. Les kystes interstitiels se rencontrent dans certains utérus hypertrophiés, mais sans corps fibreux ; ils ont une teinte rougeâtre foncée, et, ils contiennent un liquide filant, jaunâtre, quelquefois du sang presque pur. Il est probable que ces différentes variétés de kystes de l'utérus sont dues à des transformations, à des dégénérescences, ou à des hyperplasies du tissu musculaire utérin, car, ils n'ont pas de paroi propre, et, dans le cas de Demarquay, Bouchard trouve que les éléments musculaires arrivent jusqu'au contact du liquide contenu dans le kyste. Il semble probable que leur genèse a pour origine une altération du tissu utérin, analogue à celle qui s'observe dans les fibro-myomes, lorsqu'ils sont le siège de cavités kystiques et dont nous parlerons plus loin.

C). — Les *cysto-fibromes* proprement dits, auxquels se rapportent les deux cas typiques que nous avons relatés au début de ce travail, constituent ordinairement de volumineuses tumeurs, plus intéressantes à connaître au point de vue clinique et opératoire.

On peut distinguer les variétés suivantes dans leur disposition topographique :

1° Les cysto-fibrômes sont d'apparence *monokystique*, en ce sens qu'on trouve la cavité abdominale distendue dans sa plus grande étendue, par un énorme kyste, et, à sa base, dans la région sous-ombilicale ou dans le pelvis, se rencontre une tumeur fibreuse solide, plus ou moins régulière. Quelquefois, celle-ci occupe un des côtés et le kyste est latéral.

Notre seconde observation est un exemple de cette variété. Ces cysto-fibrômes doivent être distingués des cas où il y a coexistence d'un fibrome utérin et d'un kyste de l'ovaire, fait qui n'est pas rare.

2° Les cysto-fibrômes sont *polykystiques*. Les plus grandes cavités kystiques sont les plus éloignées de la masse solide et siègent dans l'abdomen. Tantôt elles coiffent et recouvrent en partie le fibrôme ; tantôt elles envoient des prolongements dans les flancs, ou elles remplissent le bassin, dans lequel il est impossible de pénétrer, d'autant qu'elles y sont souvent sous-péritonéales ; enfin, elles creusent de cavités, l'utérus lui-même, ordinairement très hypertrophié, devenu gigantesque. Leurs cloisons sont tantôt minces, tantôt épaisses, charnues, dures. Par la palpation, on a la sensation de tumeurs, alternativement molles, fluctuantes, et formées de masses solides. Après l'ablation, sur une coupe on reconnaît que la partie supérieure du fibrôme ou de l'utérus fibromateux, s'est ouverte, est devenue, en quelque sorte, déhiscente, pour laisser échapper les kystes de son intérieur ; mais souvent les couches charnues, fibreuses, remontent à une certaine hauteur sur les parois des kystes, et dans leurs cloisons. Notre premier cas, les faits relatés par Nünn, Thornton, Péan, Kœberlé, sont des exemples de ces variétés.

Dans d'autres circonstances, les *cavités polykystiques* se développent dans *un gros fibrôme pédiculé ;* le point d'insertion ordinaire du pédicule, qui atteint le volume du poignet ou du bras, répond à toute la face postérieure de l'utérus ou à son fond. Quelquefois l'utérus reste en partie distinct de la tumeur : son fond proémine en avant d'elle. Ce sont des *cysto-fibrômes pédiculés* (cas de Thornton, Péan, etc.).

Dans une autre catégorie de faits, la tumeur est en grande partie interstitielle ou même intra-utérine : elle forme un *gros polype cavitaire* creusé de *grandes cavités kystiques*. Il dilate le col, et, par le toucher vaginal, le doigt reconnaît les *saillies fluctuantes*, qui sortent de l'utérus ou soulèvent le vagin. (Cas de Zohl, Le Bec, etc.)

Dans un cas de ce genre, Péan fit une ouverture sur la partie saillante de la poche, et après suppuration et rétraction, la malade guérit.

Il nous faut signaler encore la coexistence d'un cysto-fibrôme polykystique et de fibrômes multiples, les uns libres, les autres enclavés dans le pelvis (Péan).

Peut-être, enfin, faut-il faire une catégorie particulière de ces tumeurs complexes, analogues à celle qui est décrite, par le Dr Vitrac Junior, dans un des derniers numéros de la *Semaine Gynécologique* (22 fév. 1898), sous le nom de *fibrome polykystique malin de l'utérus*. La tumeur du poids de 8 kilogr. était formée de deux énormes masses, enfermées dans une coque fibro-péritonéale, et, sur la coupe, constituées par du tissu fibreux, villeux, élastique, disposé en faisceaux, en peloton, entortillé en tous les sens : en son centre, on trouvait deux ou trois kystes du volume d'un œuf de dinde à un œuf de poule, remplis d'un liquide séreux. Une multitude de petits appendices polypeux, ressemblant à des fibro-lipômes, ou à des grains de molluscum, les uns pleins, les autres kystiques, parsemaient la masse principale.

La cavité utérine, et certains kystes étaient remplis de végétations, de verrucosités, et parfois de noyaux d'un blanc grisâtre, ayant l'aspect de masses sarcomateuses, avec des sinuosités veineuses sillonnant leurs interstices.

L'examen histologique a montré à Vitrac, que le tissu propre de la tumeur était en majeure partie composé d'éléments cellulaires anastomosés, qu'il s'agissait d'un *fibro-myxôme kystique*. Les éléments néoplasiques s'étaient primitivement développés autour des vaisseaux et dans leur épaisseur. Les fibres musculaires, pas plus que l'endothélium vasculaire, ne pouvaient prétendre à leur genèse. Le tissu conjonctif en était la seule source et caractérisait la nature de la tumeur. Celle-ci devait être considérée comme maligne à cause de sa rapidité d'évolution. Selon nous, ce *cysto-myxome* tient le milieu entre les *cysto-fibrômes*, et les *cysto-sarcômes*, dont nous parlerons plus loin.

Le *contenu des kystes* dans les cysto-fibrômes est le plus souvent un liquide séreux, citrin, fréquemment coloré fortement par le sang. A travers leurs minces parois transparentes ces kystes ont un aspect rougeâtre, sanguinolent. Dans les grands kystes on a retiré jusqu'à 6, 8 et 10 litres de liquide. Il ne semble pas qu'on ait jamais rencontré un liquide albumineux, visqueux, comme dans les kystes de l'ovaire. Ce fait indique manifestement une différence de nature. Dans une observation de Kœberlé le liquide contenu dans les cavités polykystiques, était limpide, citrin, analogue à de la lymphe, et se coagulait spontanément, comme elle, au contact de l'air. Il conservait au contraire sa fluidité jusqu'au lendemain dans les loges demeurées intactes après l'opération. La présence de ce liquide, l'existence de canaux irréguliers, plus ou moins dilatés sur leur trajet, faisant communiquer entre elles les cavités kystiques, firent admettre à Kœberlé qu'il s'agissait, dans les cysto-fibrômes, d'ectasies lymphatiques. Nous verrons ce qu'il convient de penser de cette opinion.

Les *altérations de voisinage* dans les cysto-fibromes ont des traits tout particuliers, qui méritent d'être signalés ; car ils semblent conduire à l'idée de la nature maligne de ces néoplasmes. Le péritoine est très épaissi, infiltré, et souvent même la paroi abdominale, comme dans notre deuxième observation. Il semble que le néoplasme ait envahi ces parties. Il y a parfois une ascite louche ou sanguinolente. L'épiploon dur, épaissi, infiltré, grisâtre, parsemé de noyaux d'induration, adhère sur une vaste surface, en nappe, aux parois des cavités kystiques et à toute la tumeur. Il en est de même du colon transverse accolé ordinairement dans toute sa longueur, et quelquefois des autres viscères, de l'intestin grêle. Ces diverses adhérences se font non par des tractus fibreux, lamelleux, mais par une couche de tissu grisâtre, d'aspect embryonnaire ou sarcomateux. Elles constituent de graves difficultés opératoires.

(A suivre.)

A PROPOS DU TRAITEMENT OPÉRATOIRE

des salpingo-ovarites,

Par R. PICHEVIN.

Suivant les opinions qui ont cours à certains moments, quelques chirurgiens ou gynécologistes emploient toujours la même opération pour remédier à des lésions déterminées sans tenir compte des indications et des contre-indications qui résultent de l'examen approfondi de chaque cas.

Le traitement des affections inflammatoires des annexes a



subi des fluctuations bien curieuses depuis quinze ans environ.

Je ne veux pas parler de la thérapeutique purement médicale qui a encore ses partisans et qui est justifiée dans un certain nombre de cas. Il ne sera pas non plus question du traitement intra-utérin qui a donné et qui donne encore de bons résultats chez quelques malades. Je n'envisage que les cas qui nécessitent une intervention plus directe, plus active, plus radicale.

Il fut un temps où la laparotomie suivie de l'ablation des annexes était non seulement l'opération de choix, mais la méthode opératoire exclusive de traitement des ovaro-salpingites.

L'opération de Tait, qui a joui d'une si grande vogue, n'est certes pas abandonnée, mais le champ de ses indications s'est trouvé restreint par les conquêtes nouvelles de la chirurgie gynécologique.

L'écho des luttes ardentes qui ont eu lieu autour de la castration utérine appliquée à la cure des affections inflammatoires des annexes n'est pas encore éteint, mais il est certain que l'opération de Péan a conquis ses grandes lettres de naturalisation dans la science et que l'ablation de l'utérus et des annexes par la voie vaginale est, dans certains cas, une intervention excellente et même l'on peut dire l'opération la plus bénigne et la plus efficace.

Sans doute l'incision du cul-de-sac postérieur était appliquée, mais combien rarement ! dans ces temps héroïques de laparotomies savantes et d'hystérectomies à outrance. Que l'on fasse un retour en arrière et que l'on passe en revue les opinions émises au Congrès international de gynécologie et d'obstétrique, tenu à Bruxelles en 1892, et l'on verra quelle place restreinte était réservée à la colpotomie postérieure. Laroyenne et ses élèves étaient à peu près les seuls protagonistes de l'incision du cul-de-sac postérieur qui cependant n'était pas abandonnée à Paris, sa patrie d'origine. Depuis Velpeau et Récamier, cette opération était pratiquée dans les hôpitaux parisiens, et j'ai souvenance d'avoir vu, pendant mon internat et aussi plus tard, mes maîtres Guyot et Le Dentu l'exécuter ou la faire exécuter par leurs élèves.

La colpo-cœliotomie n'eut de tout temps que peu de partisans. L'incision du cul-de-sac postérieur dans le but d'enlever les lésions annexielles fut préconisée par Byford, de Chicago, Gottschalk en Allemagne, Picqué, Goullioud et Condamin en France. A maintes reprises, j'ai appelé l'attention sur les avantages de la voie vaginale postérieure.

La colpo-cœliotomie antérieure appliquée au traitement des ovaro-salpingites fut tout d'abord préconisée par Dührssen à Berlin, par mon maître M. le Pr Le Dentu et par moi en France. Cette opération n'a fait que fort peu d'adeptes en France, tandis qu'elle a conquis les suffrages d'un assez grand nombre de gynécologistes étrangers, en particulier en Amérique et en Allemagne. A Berlin, Martin a exécuté un grand nombre de colpo-cœliotomies antérieures.

Mais, depuis quelque temps, une poussée nouvelle s'est faite en faveur d'une opération qui, après avoir été l'apanage de quelques chirurgiens américains (Polk, Krug, Baldy, Brown, Pryor) a été mise à l'ordre du jour par les communications de Delagenière (du Mans) : je veux parler de l'hystérectomie abdominale totale dont les partisans se trouvent de plus en plus nombreux.

Cette simple énumération, qui n'est même pas complète, des méthodes les plus usuelles de traitement des ovaro-salpingites n'a pour but que de rappeler, en quelques mots, les différents moyens qui ont été préconisés pour mettre fin aux inflammations annexielles.

Je dis qu'on aurait tort de mettre en œuvre une ou deux de ces méthodes à l'exclusion des autres. Toutes ont, je crois, leurs indications et leurs contre-indications. Chacune d'elles présente des avantages et une supériorité sur ses rivales dans des cas déterminés.

Jusqu'à maintenant j'emploie l'une quelconque de ces méthodes, suivant les circonstances.

Ainsi, pour ne vous citer que des faits récents de ma pratique, j'ai incisé une grosse collection pelvienne par le cul-de-sac postérieur chez une jeune femme qui présentait des phénomènes infectieux après une fausse couche. Le pus contenait une grande quantité de Streptocoques. Je pense que si l'on avait pratiqué l'hystérectomie vaginale et a fortiori la laparotomie sus-pubienne, on eût fait courir les plus grands dangers à cette malade.

La trompe que je vous présente, et qui est volumineuse, a été extraite par le cul-de-sac postérieur. Malgré les adhérences très fermes qui fixaient les annexes dans la cavité pelvienne, j'ai pu enlever complètement la trompe dont la paroi était très épaissie, comme on peut le constater. Il s'agissait d'un pyo-salpinx unilatéral, faisant saillie dans le cul-de-sac de Douglas, chez une femme dont le vagin était large.

***

Tout dernièrement j'ai pratiqué la colpo-cœliotomie chez une jeune femme qui avait de la métrite cervicale, des ovaires gros et douloureux à la pression. Après avoir extériorisé l'utérus et les annexes, j'ai pu enlever complètement la trompe et l'ovaire d'un côté et pratiquer l'ignipuncture de l'ovaire du côté opposé. J'ai terminé l'intervention en pratiquant l'amputation du col suivant le procédé mixte dont je vous ai déjà donné la description.

Je crois qu'il est infiniment préférable de passer par le vagin pour faire ces opérations conservatrices; j'ai pu agir sur les annexes comme je l'eusse fait par l'incision sus-pubienne, avec la même précision. En suivant la voie vaginale, j'ai mis ma malade à l'abri de toute possibilité d'éventration ; je lui ai évité une cicatrice sur l'abdomen et j'ai pu, du même coup, et par la même voie, traiter la métrite qui entrait en ligne de compte dans le complexus symptomatique.

***

Le parallèle des avantages de l'hystérectomie vaginale et de la laparotomie n'est plus à faire. Je crois que chaque chirurgien, suivant son tempérament, ses habitudes, ses aptitudes, son habileté plus ou moins grande à faire l'une de ces deux opérations, la pratiquera de préférence à l'autre. Cependant, il existe des indications qui montrent à l'opérateur si c'est la voie haute ou basse qu'il doit suivre de préférence. Je n'insiste pas sur ce point spécial et me contente de vous signaler deux faits récents qui me permettront de vous dire sur quels éléments je me suis appuyé pour préconiser l'une de ces deux interventions à l'exclusion de la seconde.

Dans un premier cas, il s'agissait d'une femme qui présentait des lésions doubles, plus volumineuses et suppurées d'un côté. L'utérus était infecté, les trompes et les ovaires bas situés formaient des deux côtés une masse faisant corps avec l'utérus repoussé en avant.

J'ai pensé que dans ces conditions l'hystérectomie vaginale était l'opération de choix. Je pus extraire avec la matrice les annexes malades à droite et à gauche.

D'un côté, j'enlevai un gros pyo-salpinx adhérent.

Chez une autre malade que j'ai opérée il y a peu de temps, je constatai l'existence de lésions ovaro-salpingiennes doubles, de date ancienne. L'utérus était repoussé à droite et ce n'est guère que par l'hystérométrie que l'on pouvait reconnaître la situation exacte de la matrice, confondue qu'elle était avec d'énormes masses dures, fibreuses, qui occupaient une grande partie du petit bassin. Au premier examen, on croyait être en présence d'une tumeur fibreuse et ce n'est qu'en pratiquant avec soin le toucher bi-manuel et en faisant le cathétérisme de l'utérus que l'on arrivait à porter le diagnostic. Du reste, celui-ci était facilité par ce fait que la malade racontait qu'anciennement elle avait eu dans le ventre un abcès qui s'était vidé par l'intestin.

Toute la masse qui remplissait le petit bassin était dure, comme je l'ai dit, et semblait intimement fixée au petit bassin.

Par quelle voie fallait-il passer ? La probabilité de lésions suppurées, l'ancienne fistule qui avait fait communiquer l'abcès pelvien avec l'intestin, le dôme d'adhérences qui devait exister au-dessus de la masse utéro-annexielle, militaient en faveur d'une intervention par la voie vaginale. Mais j'étais bien persuadé que s'il existait du pus, il devait être en petite quantité et que les lésions étaient constituées par des masses énormes dures, scléreuses, adhérentes un peu partout, aux



parois du bassin et à l'intestin. Sans doute, l'extirpation de la matrice eût été possible; mais je n'aurais rien pu faire contre les lésions des annexes. Je n'aurais même pas pu donner issue au pus, à ce qu'il me semblait du moins.

Je fis donc la laparotomie. Tout le petit bassin était comblé par une masse dure sur laquelle adhéraient l'intestin grêle, le cœcum, le rectum et la vessie. Il s'agissait d'une fusion étroite de l'intestin aux organes génitaux réunis intimement dans le petit bassin et adhérents à la ceinture osseuse. Il me semblait qu'il n'y avait plus qu'à refermer le ventre. Après quelques tergiversations je me décidai à tenter l'extirpation des annexes; j'y réussis, mais au prix de combien d'efforts et de dangers!

J'eus la chance de trouver sur les bons plans de clivage et d'enlever les ovaires et les trompes des deux côtés. Vous voyez l'ovaire du côté droit, du volume du poing, très dur et creusé de petites cavités pleines de pus. L'ovaire du côté gauche était moins gros. Les trompes étaient très épaisses et dilatées.

Fallait-il faire plus, c'est-à-dire pratiquer l'hystérectomie abdominale totale. Je ne le crois pas. Dans l'espèce, les lésions périutérines et les adhérences étaient tout et la matrice n'était plus rien dans l'appareil symptomatique. La métrite était éteinte depuis longtemps. En outre, je n'oubliais pas que la malade avait eu une poche rompue dans l'intestin, peut-être dans le rectum. Il n'était pas prudent de s'engager trop profondément dans le cul-de-sac de Douglas. Le corps de l'utérus avait été dégagé à peu près entièrement et sans accident; ce résultat était satisfaisant.

J'ajoute que l'opérée était une femme pâle, maigre, fatiguée, sans résistence vitale, et qu'elle présentait une lésion de sa valvule mitrale et peut-être de son myocarde. Il a donc été prudent de se borner à faire l'extirpation des annexes.

Toute autre a été ma conduite tout dernièrement. Une femme de 42 ans, ayant eu déjà 5 enfants, se présentait à la consultation avec un utérus très gros, en rétrodéviation. Il existait des douleurs à la pression au niveau des annexes. Un pessaire de Hodge n'avait apporté aucun soulagement.

Je me décidai à faire la laparotomie dans le but de pratiquer une opération de redressement de l'utérus, hystéropexie abdominale ou raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds si les annexes pouvaient être conservées. Après ouverture du ventre, je pus constater que les ovaires étaient manifestement dégénérés et que l'utérus était atteint d'une hypertrophie considérable de ses parois. Enlever les ovaires et laisser l'utérus, c'était risquer de voir les accidents se reproduire avec la rétrodéviation. Fixer l'utérus privé de ses annexes n'était-ce pas courir la chance de voir survenir des accidents imputables à cet organe considérablement épaissi, lourd, probablement fibromateux et dont la cavité présentait 10 centimètres de longueur? N'était-ce pas, en outre, s'exposer aux tiraillements produits par la suspension de l'utérus à la paroi abdominale? L'indication de l'hystérectomie abdominale totale se trouva donc posée et j'exécutai cette opération qui ne présenta aucune difficulté.

Ces exemples démontrent, je crois, qu'il peut être avantageux de mettre en œuvre, suivant les cas, une des méthodes opératoires préconisées dans le traitement des ovaro-salpingites. Il serait contraire, je crois, aux intérêts des malades et aux préceptes d'une saine gynécologie de négliger complètement l'une de ces méthodes en faveur d'une autre qui aurait la faveur exclusive du chirurgien. Il importe, à mon sens, de bien saisir les indications, de savoir se borner dans certains cas à faire la simple et prudente colpotomie, tandis que dans d'autres on doit très hardiment exécuter l'extirpation totale de l'utérus et des annexes par la voie abdominale ou vaginale. Mais il ne faudrait pas, je crois, se laisser entraîner aux tendances du jour et se mettre à pratiquer presque systématiquement l'ablation de la matrice, des ovaires et des trompes par la voie abdominale. Il faut savoir tenir compte des contre-indications.

Sans doute, l'ablation supplémentaire de l'utérus après l'extirpation des annexes n'est pas une grande complication. Néanmoins peut-on affirmer que l'ablation de l'utérus n'ajoute aucun danger à l'opération?

Je sais bien que l'hystérectomie abdominale totale atteint aujourd'hui une grande perfection. La *péritonisation* que l'on pratique d'ordinaire dans ces cas met mieux à l'abri des accidents septiques et des adhérences qui peuvent amener des phénomènes d'occlusion. Pour ma part, dans les trois cas d'hystérectomie abdominale que j'ai pratiqués depuis 15 jours, je me suis bien trouvé de la péritonisation et je crois que cette précaution de recouvrir de péritoine toutes les surfaces cruentées n'a pas été étrangère au succès que j'ai obtenu chez une Femme qui présentait un gros kyste de l'ovaire, dégénéré bien certainement, ayant contracté des adhérences avec l'intestin et la vessie et étant fusionné avec la paroi postérieure de la matrice.

J'enlevai les annexes et l'utérus que j'ai l'honneur de vous présenter. La fusion entre la paroi du kyste et celle de l'utérus était telle qu'on ne pouvait reconnaître la limite du tissu utérin et celle de la paroi kystique. En outre, la muqueuse utérine présentait des traces de dégénérescence. Malgré la grande perte de substance résultant de l'ablation du kyste qui avait dédoublé le ligament large, contracté des adhérences avec le cœcum et le bassin, j'ai pu faire une péritonisation presque totale. Seule une surface large comme une pièce de 20 sous et correspondant à la vessie ne put être enfouie sous la séreuse. L'adhérence vésicale fut cautérisée au thermocautère.

Toutes les opérées, dont j'ai parlé, sont guéries ou en bonne voie de guérison.

Grâce aux différents perfectionnements apportés à la technique de l'hystérectomie abdominale totale, le pronostic de cette opération est devenu plus bénin. Néanmoins, j'estime qu'il y a lieu de ne pas abandonner les autres moyens de traitement des ovaro-salpingites, à condition qu'ils soient judicieusement employés; les différentes méthodes opératoires peuvent rendre et rendent chaque jour d'indiscutables services, et c'est pour le démontrer que j'ai l'honneur de faire cette communication.

REVUE FRANÇAISE

QUÉNU. — **De l'hystérectomie vaginale pour fibromes utérins. Indications et manuel opératoire.** (*Presse médicale*, 2 avril 1898.)

L'hystérectomie abdominale totale et l'hystérectomie vaginale paraissent avoir atteint un réel degré de perfection; le moment est donc venu de les comparer et d'établir leurs indications respectives.

En principe, le volume de la tumeur n'est pas le seul facteur qui doive entrer en ligne de compte dans le choix de la route à suivre; je fais intervenir la réductibilité de la masse et spécialement l'état du conduit vulvo-vaginal.

Nous reconnaissons cependant que dès que la tumeur atteint et dépasse un poids de 1.500 grammes, la difficulté opératoire s'accroît dans de telles proportions qu'il y a peut-être intérêt à choisir la voie abdominale. A quel niveau correspond un fibrome de 1.500 grammes? J'accepterai volontiers pour limite supérieure une ligne sous-jacente à l'ombilic de deux à trois travers de doigt. Le fibrome globuleux a un diamètre transversal proportionnel à son diamètre vertical, car nous avons enlevé aisément des fibromes dépassant l'ombilic et dont le poids n'excédait pas 1.000 grammes.

L'ombilic est à une distance variable du pubis suivant les sujets. La distance habituelle est de 16 à 17 centimètres. L'état du conduit vulvo-vaginal est aussi important, mais ce qui domine toute la question, c'est l'extensibilité des tissus constituant le plancher pelvien.

Pour conclure, je tiendrais à rejeter l'hystérectomie vaginale chez les vierges et je l'exclurais complètement chez les Femmes à parois vaginales rigides, à moins qu'il ne s'agisse d'un tout petit utérus fibromateux.

La technique opératoire suivie par les hystérectomistes comprend deux grandes méthodes: 1° celle dans laquelle on fait l'hémostase préalable: 2° celle dans laquelle on ne fait aucune hémostase préalable.

La première consiste à ne sectionner l'utérus, soit totalement, soit partiellement, qu'après avoir préalablement appliqué les pinces hémostatiques, de sorte que le manuel opératoire peut toujours ainsi se décomposer: 1° libération; 2° pincement préventif; 3° section.

Péan, qui est le père de cette méthode, arrivait de la sorte à placer 10, 20 à 30 pinces et plus.

Les chirurgiens qui l'ont suivi ont beaucoup réduit cette hémostase préventive, mais ne l'ont pas tous complètement supprimée.

Nous sommes, pour notre part, les adversaires absolus de toute hémostase préventive ; dans toute hystérectomie vaginale, c'est en partie dans le but de la supprimer que nous avons repris, en la modifiant, l'opération de la section médiane de Müller.

L'utérus fibromateux, pour peu qu'il dépasse certaines dimensions, ne saurait franchir la filière pelvienne en un seul bloc, même sous l'influence de tractions énergiques, même sectionné en deux moitiés ; c'est alors qu'intervient la question du morcellement. Ici pas de divergences sur la nécessité de réduire, par conséquent,de morceler.

Pour notre compte, nous avons systématisé la pratique de l'énucléation, en en faisant la base de notre technique opératoire.

Après incision complète médiane du col et libération de la vessie, nous continuons par l'hémisection médiane, et nous recherchons non par des excisions, mais par incision simple, les fibromes enchâssés dans le tissu utérin. Quand ils ne sont pas trop gros, nous les énucléons sans les inciser : pour cela, le doigt passé à leur périphérie les mobilise partiellement; puis une pince ayant saisi le segment mis à jour, nous nous servons, pour les déloger, d'un levier tel que les longs ciseaux courbes ; cette manœuvre, toute brutale qu'elle puisse paraître, ne contusionne que le tissu où sont enchâssées les tumeurs ; or, ce tissu doit disparaître.

Lorsque les noyaux fibreux sont trop gros ou trop profonds pour être énucléés en bloc, je les incise d'abord longitudinalement, véritable section médiane, mais en plein tissu fibromateux, et sur les tranches de section qui en résultent, j'applique ensuite de fortes pinces à traction, qui amènent rapidement le tout à la suite. Les pinces à râteau de Péan sont particulièrement commodes pour cette manœuvre.

L'atteinte des fibromes et leur énucléation étant le but principalement recherché, il est clair que si un fibrome remplit le cul-de-sac postérieur en refoulant le col en haut et en avant, c'est par la mise à jour et l'énuclation du fibrome qu'il convient de débuter. En somme, ma technique de morcellement se rapproche beaucoup de celle de MM. Richelot et Doyen, avec une tendance peut-être encore plus marquée à limiter l'excision aux noyaux fibromateux, ce qui fait que lorsque l'utérus s'amène au dehors, hémisectionné au niveau du corps, complètement sectionné au niveau du col, il représente comme une sorte de boîte osseuse, dont les parois sont vides des masses qui les occupaient : cet utérus est complet, il est sectionné mais non morcelé ; arrivé à ce temps opératoire, je complète la section médiane ; des pinces à traction de Richelot sont appliquées sur chaque tranche et rejetées en dehors. Il est ainsi très facile, en partant de l'angle utérin, de se diriger sur les annexes, et de décoller leurs adhérences, si une salpingite compliquait le fibrome ; sinon, si l'ovaire est sain, il peut y avoir intérêt à placer ces pinces entre l'utérus et lui.

Pour le placement des pinces, je suis revenu à l'usage de deux longues pinces se doublant, appliquées immédiatement en dehors de l'utérus, et toujours de haut en bas et d'avant en arrière. Je ne conçois pas beaucoup la pratique de ceux qui, ayant appliqué des pinces de bas en haut sur l'utérus, placent de haut en bas les pinces utéro-ovariennes ; un point de mauvais pincement existe fatalement à la rencontre des deux. Pour l'application des pinces, chaque moitié de col étant séparée par une pince à traction, l'index et le médius de la main gauche écartés embrassent le bord inférieur des ligaments larges pendant qu'un aide tend légèrement le corps de l'utérus, afin de redresser au maximum l'angle formé par le col et le corps ; rien de plus aisé alors pour la main droite, de placer les deux mors d'une pince sur le ligament.

Lorsque les quatre pinces sont en place et que les tranches sectionnées ont été thermocautérisées, il ne reste qu'à parfaire l'hémostase en pinçant la tranche vaginale postérieure, s'il en est besoin.

L'immense avantage de l'application antéro-postérieure des pinces consiste dans ce fait capital : c'est que les pédicules fatalement destinés à devenir plus ou moins septiques demeurent, comme les pinces qui les maintiennent, intravaginaux. C'est encore pour éviter toute contamination par les pédicules que j'introduis, dans l'espace séparant centralement les pédicules, un tampon que j'appelle axial et dont le fil d'attache porte une remarque. Un ou deux autres tampons sont conduits à la face externe de chaque pédicule qui est ainsi poussé entre deux tampons, et c'est tout. Un peu de gaze iodoformée à l'entrée du vagin pour protéger la muqueuse contre la pression des pinces, un carré d'ouate fendue au milieu et embrassant les pinces de la sonde à demeure, et c'est tout.

Ainsi disposés, les anneaux des pinces s'éloignent du plan du lit, et dès le lendemain l'opérée peut s'incliner légèrement sur le côté. La forcipressure n'est supprimée que le troisième jour, le tampon axial n'est enlevé que le huitième ou neuvième jour.

Telles sont les grandes lignes de la technique opératoire que j'ai suivie. Voici maintenant mes résultats.

J'ai opéré par voie vaginale 33 fibromes utérins. Le poids des fibromes enlevés a oscillé entre 400 grammes, 700, 800 et jusqu'à 1820 grammes.

Chez un certain nombre de malades les annexes étaient indemnes de toute infection ; chez d'autres l'utérus fibromateux se compliquait de salpingite.et chez l'une d'elles de quatre à cinq poches suppurées intra-pelviennes, ouvertes au cours de l'opération.

L'état général est variable.

Je relève 18 fibromes, un fibrome de date ancienne ayant subi l'évolution sarcomateuse et qui récidiva huit mois après un fibrome compliqué d'une ulcération serpigineuse épithéliale du col.

Chez 32 malades, je n'ai eu à relever ni choc opératoire, ni hémorragies, ni occlusion intestinale, ni fistule urinaire ; chez une seule malade les suites ont été compliquées d'occlusion intestinale.

Charles Maigné. — VOLUMINEUSE TUMEUR KYSTIQUE DE L'OVAIRE SIMULANT UN KYSTE HYDATIQUE DU FOIE. — EXTIRPATION — GUÉRISON (1). (*Journal des Sciences médicales de Lille*, 2 avril 1898.)

Pin..., Maria, 17 ans, célibataire, entre dans le service de M. le professeur DURET, salle Saint-Augustin, le 7 février 1898. Cette jeune fille est employée à la Compagnie des mines de Bully-Grenay, où elle s'occupe du nettoyage des bureaux.

L'interrogatoire nous donne fort peu de renseignements au sujet de la malade. Ses règles, qu'elle a depuis l'âge de 12 ans, ont été régulières, avec une durée moyenne de trois à quatre jours chaque fois. Elle a toujours été bien portante : bon appétit, aucun trouble du côté des appareils digestif ou urinaire. Jamais de maladie antérieure et très bons antécédents héréditaires. Seulement, depuis trois mois, elle se plaint d'un peu de gêne du côté de l'abdomen. Elle nous déclare que son ventre a grossi peu à peu, surtout depuis le 1er janvier dernier. C'est pour cette augmentation progressive de volume qu'elle entre aujourd'hui à l'hôpital.

A l'*inspection*, on trouve un ventre distendu, dans toute sa surface, mais principalement dans sa partie supérieure, au niveau des hypochondres. La jeune fille ne peut nous dire de quel côté le ventre a commencé à grossir. On remarque cependant que le flanc droit est plus distendu que le gauche.

La *percussion* révèle l'existence d'une zone de sonorité au niveau du creux épigastrique et dans les parties les plus reculées des flancs. En avant, et à gauche, la matité remonte jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'appendice xyphoïde et des cartilages costaux. A droite, la zone mate dépasse le rebord costal de 3 à 4 centimètres.

Par la palpation, on a la sensation d'une tumeur molle, rénitente, emplissant toute la zone sous-ombilicale et les flancs. En ces derniers points, on a même très nettement la sensation de flot par la chiquenaude. Mais au niveau de la région hépatique, le palper révèle l'existence d'une tumeur assez dure, remontant à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic et se continuant avec la matité hépatique, sans zone de sonorité intermédiaire. Cette zone de matité mesure une hauteur de 11 à 12 centimètres, suivant une verticale passant par l'appendice xyphoïde. En largeur, la tumeur dépasse d'environ trois travers de doigt la ligne mammaire droite. En dehors, elle s'étend jusqu'au rebord costal.

En présence de tous ces signes et vu la solidarité de la tumeur avec le foie, on pouvait penser à un kyste hydatique, d'autant plus que la malade nous déclare manger du jambon une ou deux fois par semaine. Toutefois le diagnostic est réservé jusqu'à l'opération qui est pratiquée par M. le professeur Duret, le 14 février 1898.

Opération. — Croyant trouver une énorme tumeur abdominale, on fait une longue incision médiane contournant l'ombilic à gauche et allant de l'appendice xyphoïde au pubis. Le ventre ouvert, on voit une tumeur kystique, à parois ardoisées, blanc-laiteux, se continuant en bas avec les ligaments larges, ce qui montre de suite que la tumeur est d'origine ovarienne. A la partie supérieure de la tumeur, on voit une masse polykystique, d'aspect fibreux, bosselé, présentant une surface convexe rappelant la forme et l'étendue de la glande hépatique. On fait la ponction de la portion kystique de la tumeur, c'est-à-dire de la zone sous-ombilicale. On retire près de six litres d'un liquide opalin, visqueux, albumineux. La tumeur très amoindrie par cette ponction est attirée en bas et en avant. On l'énucléé en la dégageant des hypochondres et on l'extrait en faisant passer son plus grand diamètre dans le sens de la laparotomie abdominale. On entraîne ainsi une poche kystique sous-jacente à la tumeur et adhérente au ligament large par un pédicule large comme la main. On pose une pince-clamp sur ce pédicule, on lie et on sectionne. On constate alors en extrayant la tumeur deux adhérences épiploïques de la largeur de deux doigts. On les resèque après ligature et on termine par la suture abdominale.

Examen anatomique. — La tumeur extraite pèse 3 kil. 750. Elle représente donc avec les six litres de liquide ponctionné un kyste de plus de 9 kil. On y distingue très nettement un gâteau polykystique supérieur, aplati, présentant une voûte convexe se mou-

(1) Communication à la *Société Anatomo-Clinique de Lille.*

lant sur la face inférieure du foie et présentant comme cet organe un bord supérieur gros et un inférieur tranchant. Les dimensions de cette tumeur sont : diamètre transversal 33 centimètres, diamètre vertical 22 centimètres. Adhérente à la tumeur est la poche kystique qui paraît dégonflée et est constituée par une paroi épaisse, charnue. En faisant la section, on ouvre une série de cavités contenant des sécrétions de coloration très diverses, depuis le liquide albumineux, verdâtre, jusqu'au liquide brun foncé.

Les suites opératoires ont été excellentes et ne présentent absolument rien à signaler.

Nous avons cru devoir présenter cette observation à cause de son analogie au point de vue du diagnostic avec un volumineux kyste hydatique du foie. Le kyste enlevé occupait, en effet, toute la cavité abdominale ayant complètement refoulé le foie sous les fausses côtes. A ce niveau le gâteau dur de la partie supérieure droite du kyste et l'énorme voussure qu'il produisait en cet endroit simulaient absolument la matité et la consistance hépatique.

Voron. — FIBRO-MYOME UTÉRIN. (Société des sciences médicales de Lyon, janvier et février 1898. *Echo médical de Lyon*, 15 mars 1898.)

M. Voron présente un fibrome utérin enlevé par la voie abdominale ; cette tumeur, du volume d'une tête de fœtus, était enclavée dans le petit bassin ; lorsque M. Jaboulay l'eut attirée hors de la cavité abdominale, il lia le pédicule, et la laissa au dehors pendant vingt-quatre heures, laps de temps au bout duquel on sectionna la tumeur ; à ce moment, les hémorragies n'étaient plus à craindre et le pédicule était complètement fixé à la paroi. Du reste, M. Jaboulay a déjà employé cette tactique à plusieurs reprises et l'a décrite, en 1894, sous le nom d'exhystéropexie (thèse de Peyrolle).

L'utérus peut rester hors de l'abdomen un temps beaucoup plus long (15 jours dans une des observations). La malade dont il est question plus haut est actuellement en voie de guérison, comme aussi les autres malades présentées dans des séances précédentes et qu'on peut considérer comme guéries.

REVUE BELGE

Jacobs. — LA LAPAROTOMIE DANS CERTAINS CAS DE RÉTROPOSITION PATHOLOGIQUE DE L'UTÉRUS PENDANT LA GROSSESSE. (*Journal d'accouchements de Charles*, 1898, n° 15.)

Je fus appelé le 10 novembre 1896 à donner mes soins à une personne de 31 ans, IIpare, enceinte de 5 mois. Les motifs qui avaient déterminé l'entourage de la patiente à m'appeler auprès d'elle étaient les suivants : ils résument bien les faits principaux qui doivent nous amener à une intervention dans les cas de ce genre. Les accouchements s'étaient passés normalement : les suites de couche du 1er (à 21 ans) absolument normales ; celles du second (à 25 ans) avaient présenté une rétention placentaire de quelques jours, suivie de péritonite qui tint la personne alitée pendant 3 mois. Rétablissement incomplet, en ce sens que depuis cette époque, à intervalles irréguliers et à propos de la moindre fatigue, apparaissaient des crises douloureuses pelviennes ayant toujours cédé au repos et aux soins hydrothérapiques locaux. 3 fausses couches en 4 ans, toutes entre 3 et 6 mois. Ces différentes portées, toujours pénibles, accompagnées de troubles vésicaux et intestinaux intenses. A l'époque dont nous parlons, la grossesse remontait à 5 mois. Le début avait été normal, mais depuis 2 gros mois, les troubles vésicaux et intestinaux étaient revenus et allaient s'accentuant à mesure qu'avançait la grossesse ; depuis une dizaine de jours, le médecin traitant était obligé de sonder la malade 4 à 5 fois par jour ; la défécation était pénible et des plus douloureuses. La malade et son entourage étaient désespérés, une fausse couche nouvelle était pour eux certaine et d'autant plus pénible que les deux premiers bébés étaient morts, l'un du croup, l'autre de la scarlatine. A l'examen de la patiente, je trouvai le col utérin ramolli, entr'ouvert, dirigé en haut et en avant, très haut situé derrière le pubis, le corps, développé normalement pour une grossesse de 4 1/2-5 mois, emplissait la cavité pelvienne, en rétroversion totale par rapport au col.

Nous avions affaire à un cas de grossesse compliquée de rétroversion ancienne du corps utérin. D'après les calculs, la grossesse devait remonter environ à 5 mois, c'est-à-dire que le corps emplissait à peu près le pelvis. L'élévation du col utérin s'opposait à la miction volontaire, la compression du rectum rendait la défécation des plus rebelles. Notre premier soin fut d'amener l'évacuation de la vessie et de l'intestin, puis nous tentâmes pendant quelques jours par tous les moyens manuels possibles de redresser le corps utérin au moyen du toucher vaginal, du toucher rectal, dans toutes les positions possibles. J'eus recours au ballon de Petersen introduit dans le rectum, mais encore sans résultat. Ces manœuvres diverses et répétées durèrent une huitaine de jours. Les troubles occasionnés par cette grossesse anormale s'accentuaient de plus en plus ; la défécation devenait impossible, le cathétérisme vésical de plus en plus pénible ; enfin, la situation de la malade n'était pas sans nous inspirer quelque inquiétude.

En présence de l'inutilité de toutes nos tentatives de redressement, il fallait, suivant tous nos auteurs, recourir à l'avortement provoqué par une ponction faite directement à travers la paroi vaginale postérieure. Cette opération, toute préconisée qu'elle soit par nos maîtres, n'est pas sans offrir quelque danger pour la mère. Aussi j'estimai de mon devoir de proposer une intervention, à mon avis, sans danger pour la mère, et qui de plus nous permettrait peut être de sauver l'enfant, c'est-à-dire permettrait à la grossesse d'évoluer jusqu'à terme. Notre avis prévalut et nous pratiquâmes le 21 novembre 1896 la laparotomie : incision médiane sous-ombilicale, dans le trendelenburg, puis au moyen de la main seule introduite dans l'abdomen, détachement des adhérences profondes qui retenaient l'utérus dans le pelvis. Ces manœuvres furent faites prudemment, lentement et s'accompagnèrent d'hémorragies en nappe assez abondantes. Nous pûmes enfin faire sortir le corps utérin de sa prison et l'amener au-dessus du détroit supérieur, où il se maintint sans aucune tendance à retomber dans le bassin. Toilette de l'abdomen et fermeture des parois. Suites de l'opération absolument bénignes. Aucune menace d'avortement. La grossesse évolua normalement jusqu'à terme et dans le courant de mars 1897 un gros garçon fut mis au monde.

J'ai tenu à rappeler ce cas avec quelques détails à cause des objections courtoises qui m'ont été faites par le Dr Hartmann en 1896 et tout récemment par le Dr K. Franz, de Halle.

J'avais présenté au Congrès de gynécologie de Bordeaux en 1895 dix observations semblables à peu de choses près à celle que je rapporte plus haut. Le Dr Hartmann, au Congrès de Genève de 1896 (1), s'est étonné que j'aie dû recourir aussi souvent à la laparotomie dans des cas de l'espèce. Il m'objecta que dans la plupart des cas de rétroflexion de l'utérus gravide ou bien la réduction se fait spontanément, ou bien l'on parvient aisément, comme Hartmann l'a lui-même expérimenté, à réduire l'utérus par des manœuvres digitales.

Le Dr K. Franz (2) a rapporté à la Société des médecins de Halle un cas de laparotomie pratiquée à la clinique universitaire pour utérus enclavé, la grossesse remontant à 7 mois. Le diagnostic avait été très difficile à faire : grossesse à 7 mois compliquée de kyste dermoïde (?) enclavé dans le bassin. Afin d'assurer ce diagnostic, on ponctionna la tumeur par le cul-de-sac postérieur au moyen d'un trocart. Cette ponction, comme le prouva l'examen de l'enfant, donna dans la tête du fœtus. Une laparotomie pratiquée immédiatement permit de faire la reposition de l'utérus gravide et de terminer séance tenante l'accouchement naturel et l'extraction du délivre. Suites normales pour la mère, enfant mort.

Dans les réflexions que le Dr Franz émet à la suite de cette intéressante communication, il cite entre autres nos cas de laparotomie et semble émettre quelque doute au sujet de leur absolue nécessité.

Ce sont ces deux communications qui nous engagent à revenir sur ce sujet que nous estimons indiscutable aujourd'hui, à revenir surtout sur nos observations.

La grande majorité des cas de fécondation, dans les rétropositions utérines échappe à notre observation, ces déplacements de l'organe gestateur cédant assez rapidement aux modifications multiples qu'amène la grossesse dans les organes génitaux.

Nous avons pu constater à différentes reprises la grossesse survenant dans des cas de rétroflexions de l'utérus. S'il est vrai que c'est là un fait exceptionnel, sa constatation doit nous rendre des plus circonspects dans le pronostic que nous pouvons être appelés à émettre au sujet de l'avenir héréditaire d'une famille, dans les cas de l'espèce. La rétroposition de l'utérus n'implique pas nécessairement impossibilité de fécondation.

En thèse générale, cette fécondation se produit dans l'organe déplacé ; cependant il peut se présenter que la rétroposition soit occasionnée accidentellement alors que la grossesse est en cours.

L'augmentation graduelle du volume du corps utérin l'élève peu à peu au-dessus du détroit supérieur et dès lors la grossesse suit son cours normal, les malaises du début ayant cédé, dès que l'u-

(1) Dr Hartmann. Compte-rendu du Congrès de Genève. *Annales de Gynécologie* 1896, p. 468.

(2) K. Franz, *Ein Fall von Bauchsnitt zur Anfrichtung der rückwærts gebeugten und eingekiemmten Gebærmutter bei schwangerschaft in VII Monat.* Müenchener medicinische Wochenschrift, 1897, p. 8-9-10.



érus a pu prendre la direction axiale normale. Les adhérences qui maintiennent l'utérus dans sa situation anormale cèdent très facilement dès les premières semaines. N'est-ce pas d'ailleurs la constatation de ce fait qui fait dire souvent au médecin, que la grossesse est le moyen thérapeutique le plus efficace pour guérir les rétrodéviations de l'utérus.

L'incarcération de l'utérus dévié est rare. Les symptômes qu'elle présente peuvent avoir de terribles conséquences pour la mère ; aussi l'attention doit-elle être tenue en éveil jusqu'au moment où le corps utérin a pris une direction normale.

Dans la majorité des cas, la configuration osseuse du bassin n'entre pour rien dans la causalité de l'incarcération. Les mensurations sont normales, ou ne présentent que des anomalies insignifiantes, n'expliquant pas l'impossibilité de redressement du corps utérin.

Dans les antécédents de la patiente, on retrouve les traces d'affections post-puerpérales anciennes, de chutes ou accidents ayant déterminé des inflammations pelviennes graves ou de longue durée, des affections annexielles avec crises aiguës, etc., etc. Beaucoup de ces malades ont porté des pessaires pendant plus ou moins longtemps ; d'autres enfin, mais rarement, ne peuvent signaler dans leur vie aucune trace d'affection locale pelvienne quelconque.

La fécondation s'est produite, la grossesse suit son cours et vers le 3e, 4e mois environ de la gestation, la patiente vient demander les conseils du médecin pour les symptômes suivants : elle se plaint d'une sensation de plénitude du bassin, de dysurie très accentuée, parfois de rétention d'urine, la défécation est difficile, dolente, le plexus veineux hémorroïdal très engorgé.

Si les premiers symptômes ne nécessitent pas l'intervention du médecin, l'utérus continuera à augmenter progressivement de volume et les accidents intestinaux deviendront des plus pénibles, la patiente s'épuisant en efforts de défécation. Ces efforts répétés pourront déterminer des contractions utérines qui pourront amener l'avortement. Si le praticien n'est pas appelé en temps, si les phénomènes de compression ne s'amendent pas par l'intervention de la *bonne nature*, on pourra voir survenir des sphacèles du côté de la vessie et du rectum, de la péritonite. Enfin, le périnée s'œdématie, s'infiltre et peut faire craindre la gangrène.

Au début de la grossesse, on n'attache en général que fort peu d'importance à la constatation de la rétrodéviation. Aux premiers symptômes d'incarcération, il est généralement facile de remédier aux malaises ; plus tard même, le pronostic restera relativement favorable, le diagnostic étant nettement établi.

Si la grossesse est assez avancée, le premier soin du médecin devra être d'évacuer la vessie ; il se servira à cet effet d'une sonde ordinaire, ou bien de la sonde d'Homme, la vessie étant très élevée, l'urèthre allongé. La vessie et l'intestin évacués, on placera la patiente dans la position genu-pectorale et très souvent on parviendra sans intervention directe à produire l'ascension du corps de l'utérus. Si la grossesse n'est pas suffisamment avancée pour maintenir le corps utérin au détroit supérieur on appliquera un pessaire vaginal. Les dangers que pourrait occasionner ce pessaire sont peu de chose en comparaison de la continuité d'un décubitus ventral que la patiente serait forcée de garder pendant un certain temps, ainsi que l'ont préconisé certains auteurs.

La réduction peut se faire spontanément après évacuation intestinale.

Si la réduction ne se produit pas, il faut recourir au redressement manuel : deux doigts introduits dans le vagin vont exercer une pression lente et continue sur le corps utérin, dans le Douglas, la patiente étant dans la position genu-pectorale. Il ne faut pas chercher à relever l'utérus suivant l'axe du bassin, à cause de la saillie du promontoire ; on le dirigera au contraire vers une des articulations sacro-iliaques.

Le praticien devra dans ces cas remettre sa patiente à l'épreuve et ne pas se rebuter devant un insuccès ; au contraire, qu'il recommence ses manœuvres à plusieurs reprises, qu'il rende ses tentatives plus énergiques, qu'il aille même, si l'état de la patiente le permet, jusqu'à employer la narcose chloroformique.

La reposition per vaginam échouant, on pourra y ajouter la dilatation progressive de l'ampoule rectale au moyen du ballon de Petersen.

Les rétropositions de l'utérus sont surtout persistantes à cause des adhérences contractées par l'organe avec le plancher pelvien. La grossesse relâche ces adhérences et l'augmentation de volume du corps utérin peut arriver à les rompre. Cependant, elles peuvent être à ce point résistantes que la grossesse reste sans action sur elles. On a vu dans ces cas l'utérus se développer aux dépens de la paroi antérieure, sans accident pendant tout le cours de la gestation.

Mais ce sont là des exceptions. La résistance des adhérences, cause de la rétrodéviation, peut rendre toutes les tentatives de réduction inutiles. La situation devient alors sérieuse, le pronostic très défavorable.

Dans ces cas, nos auteurs nous conseillent d'intervenir directement, pour interrompre le grossesse, par la ponction de l'œuf par le canal cervical ou par le cul-de-sac de Douglas, à travers la paroi vaginale. (*Auvard*. Traité d'accouchements, p. 471 (1891) ; (*Charpentier*. Traité d'accouchements, p. 828, etc.).

C'est là, nous a-t-il toujours paru, un moyen extrême et nous estimons que la chirurgie moderne nous offre un mode d'intervention qui nous permettra peut-être de sauver la vie de l'enfant, sans faire courir plus de dangers à la mère que par les opérations aveugles dont nous venons de parler. Cette opération est la *cœliotomie*. Elle est inoffensive, faite dans les conditions d'asepsie requises ; aussi, l'avons-nous préconisée depuis longtemps dans ces cas désespérés et avons-nous conservé nos convictions malgré les attaques que nos interventions nous valurent.

La cœliotomie sera le moyen *ultime* d'intervention. Mais entre l'avortement certain provoqué de telle ou telle façon, c'est-à-dire la condamnation de l'enfant et une opération qui faite en temps nous donnera le maximum de chances de le conserver en vie et de permettre la continuation de la grossesse, le choix s'impose.

Nous sommes intervenu jusqu'à ce jour 11 fois dans des cas de ce genre, 10 fois nous avons eu la joie de voir se continuer des grossesses, condamnées avant l'intervention. Une seule fois notre opération fut suivie d'avortement, 4 jours après l'opération.

REVUE DES THÈSES

L. Weber. — CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES KYSTES VULVAIRES. KYSTES WOLFFIENS. 1 vol. in 8°, 3 planches hors texte. (*Thèse de Paris*, 1897-1898.)

Comme on a pu en juger par les articles publiés par le Dr Weber dans ce journal (1), l'auteur de cet intéressant mémoire ne s'est pas contenté de résumer la littérature du sujet ; il a fait plus, il a réussi à enrichir nos connaissances de faits nouveaux qui ne sont pas sans importance.

M. Weber a fait une étude approfondie des cas qu'il a pu recueillir dans le service du Professeur Le Dentu ; l'histoire clinique et les faits anatomo-pathologiques sont exposés avec un soin minutieux, et des planches hors texte viennent heureusement compléter les descriptions. De plus, à propos des cas qui lui sont personnels, l'auteur (et il faut lui en savoir gré) discute les observations antérieures et parvient ainsi à établir un groupement fort ingénieux des innombrables productions kystiques que l'on peut observer à la région vulvaire.

La littérature du sujet a été dépouillée avec un soin méticuleux. Une liste bibliographique très étendue est annexée au mémoire et les faits les plus saillants sont rapidement analysés dans le texte ; un double système de rubriques et de numéro rend l'emploi de cet index extrêmement simple.

Enfin, et ce n'est pas le moindre mérite de cet ouvrage, M. Weber a eu l'heureuse idée de nous donner au début de sa thèse un excellent résumé anatomique et embryogénique des organes génitaux externes, qu'on chercherait inutilement dans les traités classiques ; je citerai spécialement à ce point de vue le chapitre IV consacré à l'étude des « restes embryonnaires de la vulve », et dans lequel l'auteur a réussi à tracer un tableau documenté de cette question difficile et dont la lecture ne peut manquer d'intéresser le gynécologue et l'anatomiste.

En somme, dans ce mémoire, M. Weber nous fournit un résumé très net de la question, en même temps que par ses recherches personnelles il contribue à étendre nos connaissances.

P.

(1) *Semaine gynécologique*, p. 105 et 113, 1898.

Tout ouvrage dont il sera envoyé deux exemplaires sera annoncé et analysé s'il y a lieu.

R. PICHEVIN, *Directeur-Gérant*.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE DAIX FRÈRES.
Maison spéciale pour Journaux et Revues.



CYSTO-FIBROMES ET CYSTO-SARCOMES DE L'UTÉRUS

Transformations des fibromes (*Suite.*)

Par le Dr H. DURET, ex-chirurgien des Hôpitaux de Paris, Professeur de Clinique chirurgicale.

—

IV. — Quelle est donc la nature vraie, l'origine, la genèse des cysto-fibromes utérins ? Pourquoi les cavités kystiques apparaissaient-elles au centre de fibro-myomes, qui n'en contenaient pas, et pourquoi se développent-elles jusqu'à atteindre le volume des plus grands kystes d'origine ovarienne ? Dans les fibro-myomes, en effet, nous ne trouvons pas, comme dans l'ovaire, dans la mamelle ou les autres organes glandulaires, des cavités préformées, qui permettent de comprendre l'origine et l'évolution des espaces cavitaires.

Jusque dans ces derniers temps, il existait dans la science deux théories sur l'origine des cavités kystiques des cysto-fibromes. 1° Virchow, Klebs, Routh, Thomas Bryant, Paget considèrent ces cavités comme de *faux kystes*, des anfractuosités, des cavernes, dues à la dégénérescence et au ramollissement de la tumeur ; 2° Billroth, Kœberlé croient que ces cavités ont pour origine la dilatation progressive des espaces lymphatiques intra-utérins et intra-fibromateux. On sait que Kœberlé trouva dans plusieurs de ces kystes du liquide citrin se coagulant comme de la lymphe ; de plus, les cavités étaient angulaires et communiquaient entre elles, comme des espaces lymphatiques. Pour Billroth, un tissu jeune embryonnaire infiltre le myome : en son centre se forme une petite cavité qui grandit peu à peu et devient sécrétante et exsudante. Et il ajoute : « Peut-être ces kystes à parois minces, à contenu séreux, plus ou moins sanguinolent, ne sont-ils que des espaces lymphatiques énormément dilatés ». Le Bec adopte une opinion analogue : « Au début, le kyste n'est qu'un espace lymphatique dilaté, revêtu d'un endothélium mince et fragile ; autour se forme une zone de tissu embryonnaire et conjonctif. Survient ensuite la dilatation progressive. » Il a examiné, avec André, la paroi interne de ces kystes et il l'a trouvée uniquement constituée par une membrane épithéliale à cellules aplaties, sous laquelle on ne trouve pas de couche conjonctive, mais les éléments musculaires du fibro-myome.

En réalité, au sein des myomes, les cavités kystiques n'ont pas de paroi propre. Il y a identité, au point de vue de la structure, avec les cavernes, les cavités anfractueuses des géodes. Et, comme on rencontre ordinairement celles-ci dans les myomes infiltrés, ramollis, on en a conclu avec Virchow, à des lésions de dégénérescence, dans les deux cas. Mais, comme le fait remarquer Péan « si les kystes étaient le résultat du ramollissement des corps fibreux, on ne devrait les rencontrer que dans une période avancée, alors que le néoplasme tendrait à la désorganisation. Or, on ne les observe pas seulement dans les fibromes anciens, et la fluctuation peut se constater, dès l'apparition de la tumeur au-dessus du pubis. »

C'est ici qu'il convient de faire intervenir la question toute récente, de la *transformation des fibromes*. Le plus souvent, en effet, l'apparition des kystes coïncide avec un accroissement dans la rapidité et dans le mode d'évolution de ces néoplasmes. Les fibromes à kystes ne sont pas des tumeurs en dégénérescence graisseuse, fibreuse ou autre. Ils évoluent, ils progressent rapidement ; il semble qu'en certains points ces tumeurs soient en même temps le siège d'une transformation embryonnaire ou sarcomateuse. En est-il réellement ainsi ?

Et, d'abord, rencontre-t-on des kystes dans les sarcomes utérins ?

Dans son mémoire communiqué à la Société de chirurgie en 1890, Terrillon donne trois exemples d'énormes sarcomes interstitiels creusés de cavités kystiques. Il s'exprime ainsi : « Il s'est formé, dans la tumeur, soit des kystes véritables, soit par places, un ramollissement partiel donnant l'apparence de kystes. Ceux-ci sont rares et disséminés dans le sarcome de façon variable. Généralement, on trouve dans ces cavités, qui acquièrent parfois un volume considérable, du liquide sanguin, ou plutôt une bouillie noirâtre, nettement fluctuante, dans lesquels nagent des lambeaux de tissu sarcomateux. » Dans la première observation, il s'agissait d'une tumeur volumineuse, remontant jusqu'à l'appendice xyphoïde, bosselée, solide par places, liquide dans d'autres, faisant corps avec l'utérus placé en avant d'elle. Après l'ouverture de l'abdomen, il fit une ponction qui donna issue à 5 litres d'un liquide noir, qu'on pouvait prendre pour du sang altéré par un long séjour dans les poches kystiques. Le reste de la tumeur était solide. A cause de l'envahissement du ligament large, des nombreuses adhérences avec les intestins, la tumeur ne fut pas enlevée. L'examen microscopique d'une petite partie du néoplasme recueillie pendant l'opération, montra qu'il s'agissait d'un sarcome à petites cellules.

Dans le second cas, la tumeur datait d'une douzaine d'années, mais depuis dix-huit mois, elle avait pris un accroissement extrêmement rapide, et, au moment de l'opération, le ventre mesurait 1 m. 50 de circonférence. Par la ponction, on retira 5 litres d'un liquide rougeâtre. La partie solide pesait 12 kilog. Elle était composée de tissu sarcomateux, mélangé de noyaux fibromateux, faciles à reconnaître dans la masse. En plusieurs points, surtout vers la surface, on distinguait des kystes ou plutôt des foyers d'épanchements sanguins.

Enfin, chez une troisième femme, âgée de 46 ans, dans une tumeur analogue à la précédente, moins volumineuse, formée aux dépens du fond de l'utérus, on trouva trois grandes cavités, contenant chacune de 1 à 3 litres de sang presque pur.

Il résulte des observations de Terrillon d'une part, et de celles que nous avons relatées d'autre part, qu'il existe de *cysto-fibromes* et des *cysto-sarcomes* de l'utérus. Il y a de grandes analogies, au point de vue de la disposition topographique, entre les deux variétés de tumeurs, mais aussi, des différences qui consisteraient surtout dans la rapidité d'évolution et le degré de malignité. Les sarcomes s'accompagnent de noyaux de généralisation péritonéale et viscérale. « Le sarcome de l'utérus, dit Terrillon, est une affection maligne au plus haut degré et d'une évolution rapide. Il s'observe surtout chez les Femmes qui n'ont pas eu d'enfants, dans l'âge moyen de la vie de 35 à 50 ans, et ils donnent la mort dans l'espace de deux ans. Si on opère, la récidive survient en 6 ou 8 mois. »

Etant admise l'existence des *cysto-sarcomes*, nous nous trouvons, après ce qui a été dit précédemment, en présence de trois variétés de tumeurs kystiques de l'utérus : les *cysto-fibromes*, les *cysto-myxomes*, dont nous ne possédons que l'exemple de Vitrac, et les *cysto-sarcomes* (1).

La question relative à la pathogénie et à la genèse de ces trois variétés de tumeurs se pose maintenant ainsi : naissent-elles à priori dans le tissu utérin, ou sont-elles le résultat de la transformation des fibromes ? Autrement dit, doit-on penser, avec les cliniciens, que les fibromes malins, les fibromes à accroissement rapide, sont le résultat de la transformation d'un fibro-myome ordinaire ? Tous les observateurs s'accordent en

(1) D'après les recherches de Paviot et Bérard, dont nous parlerons plus loin, les sarcomes de l'utérus, avec ou sans kystes, n'existeraient pas comme entité anatomo-pathologique distincte. Les parties sarcomateuses constatées dans ces tumeurs ne sont, pour ces auteurs, que des régions d'évolution rapide, de progression des fibro-myomes. Il n'y a pas de différence essentielle au point de vue anatomique entre les fibro-myomes, les cysto-fibromes, les myxomes, les fibro-sarcomes de l'utérus ; toutes ces tumeurs renferment des cellules rondes, des cellules fusiformes, et ces éléments conjonctifs ont pour aboutissant, la formation et la multiplication de fibres-cellules musculaires.



effet à admettre que, dans nombre de cas, une tumeur à marche lente, à allures relativement bénignes, existait depuis plusieurs années, quand, à un moment donné, elle s'est mise à croître rapidement, à se parsemer de kystes, et affecter une marche maligne.

Faisons remarquer, cependant, que pour la plupart des auteurs, il existe des *sarcomes primitifs* de la muqueuse et du tissu propre de l'utérus. La préexistence d'un fibro-myome n'est donc pas indispensable pour observer des cysto-sarcomes et des cysto-myomes de l'utérus.

La transformation des fibromes, quand elle est réelle, constatée, est-elle le résultat de l'apparition dans le néoplasme d'éléments sarcomateux ? Sur ce point particulier, les histologistes contemporains se divisent en deux camps.

Les uns admettent l'envahissement du fibrome par des éléments embryonnaires, sarcomateux, qui prennent la place des fibres-cellules musculaires.

Les autres croient que l'évolution rapide, la malignité de certains fibromes, sont le résultat de leur activité propre, notablement accrue, sans qu'ils s'expliquent d'ailleurs sur la cause intime de ce changement d'allures d'un néoplasme primitivement bénin. Les foyers d'éléments embryonnaires, d'infiltration grisâtre, gélatiniforme, myxomateux ou pseudo-sarcomateux, ne sont que des centres d'évolution, de progression, de multiplication, de la fibre cellule-musculaire. Bien loin de disparaître, celle-ci s'accroît, se multiplie avec rapidité. Elle le fait avec tant d'intensité que la tumeur grossit démesurément, envahit les parties voisines, les ligaments larges, le tissu cellulaire sous-péritonéal, l'épiploon et les couches de l'intestin, et que même, elle est susceptible de déterminer la cachexie et la généralisation, comme un véritable tissu cancéreux.

La plupart des histologistes, Virchow en particulier, adoptent la première opinion, à savoir que le sarcome de l'utérus se développe aux dépens du tissu conjonctif du myome. Dans ces derniers temps, Pilliet, par plusieurs communications à la Société anatomique (juillet, 1894 et 1896), et dans la thèse de Costes, son élève, a essayé de préciser l'origine des myomes utérins, et de leur transformation en sarcomes. Pour lui, les *fibro-myomes* sont constitués par une série de lobules groupés sur un arbre vasculaire à développement rapide. Le *lobule* de fibres musculaires lisses constitue l'*unité* primitive des myomes ; à son centre, se voit toujours un vaisseau capillaire. C'est en effet ce dernier qui a formé le lobule. Les couches externes pourvues sans cesse de pointes d'accroissement, prolifèrent et s'entourent de zones embryonnaires excentriques, qui donnent naissance à des rangées de fibres musculaires lisses. Quant au tissu conjonctif des fibro-myomes, il est la conséquence de la dégénérescence des fibres lisses les plus éloignées du lobule. Celles-ci n'étant plus suffisamment irriguées à cause de la distance, s'atrophient, disparaissent, et sont remplacées par du tissu conjonctif.

Lorsque, dans un myome, survient la *transformation sarcomateuse*, on voit les cellules endothéliales des capillaires se multiplier considérablement, se transformer en petites cellules rondes ; se disposer en couches concentriques et suivre dans leur marche envahissante les pointes d'accroissement des capillaires, et pénétrer ensuite entre les divers faisceaux des fibres musculaires lisses. Ces dernières s'atrophient, disparaissent pour faire place au tissu sarcomateux. La dégénérescence sarcomateuse des fibro-myomes aurait donc, d'après Pilliet, une origine vasculaire et endothéliale. Cette théorie s'accorderait assez bien avec ce fait clinique que la transformation maligne des fibro-myomes s'annonce par une vascularisation plus intense, par un aspect télangiectasique, par des souffles vasculaires.

Pour Pick, qui, en 1875, a publié un travail important dans les *Archiv. fur Gynæcologie*, sur l'histogénèse des sarcomes utérins, c'est la fibre musculaire lisse elle-même qui se transforme en cellule sarcomateuse. Toujours, dans les tumeurs qu'il a observées, le myome à fibres lisses adultes bien reconnaissables précède le sarcome à cellules rondes et fusiformes ; c'est là un acheminement vers la seconde opinion, à savoir que la transformation dite sarcomateuse, l'évolution maligne des fibro-myomes, est le résultat de leur activité propre notablement exagérée.

En effet, Paviot et Bérard, élèves de l'Ecole de Lyon, dans un remarquable mémoire des *Archives de Médecine expérimentale* (juillet 1897), soutiennent, que ce n'est pas la fibre cellule qui donne naissance à des formations sarcomateuses dans les tumeurs à accroissement rapide ; mais que les îlots embryonnaires, les parties dites myxomateuses ou sarcomateuses des fibro-myomes, *ne sont que des foyers d'accroissement rapide du myome* et que la cellule musculaire lisse naît directement de ces éléments ronds ou fusiformes. « Pour nous, disent-ils, les cellules musculaires lisses, plus ou moins remarquables et bien formées, qui se rencontrent dans une tumeur à cellules rondes ou fusiformes de l'utérus, représentent la transformation de ces dernières, qui doivent naturellement, à moins d'un degré de malignité rarement observé, évoluer vers la formation de la cellule adulte, *la fibre cellule, dont elles ne représentent que le stade embryonnaire.* »

Dans six cas de fibromes utérins à foyers gélatiniformes, grisâtres, creusés de géodes, appartenant aux services cliniques des professeurs Fochier et Tripier de Lyon, ces auteurs ont pratiqué des coupes en séries portant, 1° sur les portions molles, grisâtres, gélatiniformes, 2° sur les parties les plus dures, ordinairement corticales, ayant l'aspect des fibro-myomes ordinaires, 3° sur les zônes de transition, intéressant à la fois des régions présentant les deux aspects. Ils ont reconnu que les parties dites mucoïdes, gélatiniformes, se présentent sous deux formes.

Dans la première, « il existe un tissu fondamental soit anhiste, soit granuleux, avec une grande quantité de fibres ou de fibrilles de nature conjonctive intriquées, laissant entre elles des espaces larges dans lesquels sont des cellules rondes ou ovales, quelques-unes étoilées au point de convergence des fibres. » C'est dans ces cas qu'on voit le tissu conjonctif en stries parallèles, se mêler en parties égales au tissu musculaire. Dans la seconde, « le tissu est vraiment mucoïde, contenant de rares cellules rondes, qui esquissent à peine des prolongements protoplasmiques, mais sans fibrilles conjonctives. » Cette variété répond aux cas plus rares où l'on voit les fibres-cellules apparaître autour des vaisseaux, et de là envahir le tissu mucoïde, sans interposition de formations conjonctives. Si, maintenant, on examine les portions dures des fibro-myomes ou les zones de transition, on acquiert la certitude de la transformafion des cellules rondes ou fusiformes, en fibres cellules musculaires. On voit les cellules rondes, au fur et à mesure qu'on approche des portions dures, se multiplier, et réduites à leur noyau, devenir de plns en plus abondantes, envahir les nappes fibrillées. Dans celles-ci, ces fibrilles d'abord en écheveaux délicats, entortillés, dans les régions mixtes, se disposent en pinceaux, en faisceaux, puis deviennent plus denses, plus colorées par le carmin, et les cellules fusiformes y apparaissent, se continuant avec les tourbillons de la nappe musculaire. « Ce sont les mêmes volutes de cellules dans lesquelles apparaît tout à coup, la substance musculaire autour des noyaux. »

Aussi, l'évolution est la suivante, d'après les auteurs lyonnais : Dans les portions gélatiniformes, tissu myxoïde d'aspect variable, cellules étoilées et fibrilles irrégulières entortillées en tous sens ; puis, à la périphérie de celles-ci, apparition et multiplication des cellules rondes, tassement des fibrilles intermédiaires en faisceaux parallèles. Dans les zones de transition, entre les faisceaux, fibrilles, parallèles ou en volutes, cellules fusiformes plus rares, mais bien caractérisées. Enfin, celles-ci se transforment en fibres cellules par dépôt autour de leur noyau de substance musculaire. On peut donc dire avec raison, en s'appuyant sur des examens histologiques très précis, que les portions grises, gélatiniformes et mucoïdes des fibromes, sont des centres d'évolution de progression, et non des foyers de ramollissement et de dégénérescence.

MM. Paviot et Bérard, étendant plus loin le champ de leurs investigations essayent d'établir que les tumeurs appelées sarcomes diffus de la muqueuse utérine sont de même nature que les fibromes à évolution maligne, et que leur tissu est également formé de fibres musculaires lisses. On y voit les mêmes foyers de cellules rondes, formant des faisceaux de cellules fusiformes, celles-ci devenant enfin des fibres-cellules. De même, dans un cas de Condamin, où l'on retira du cul-de-sac de Douglas, par la ponction faite selon la méthode de Laroyenne,



un liquide séro-hématique et des masses fongueuses, semblables à du frai de Poisson, provenant d'une tumeur diffuse de la paroi postérieur, on trouva, dans les fongosités, des foyers de cellules rondes, puis des faisceaux de cellules fusiformes devenant fibres musculaires.

Enfin, et c'est là une preuve péremptoire, très démonstrative pour les auteurs lyonnais, dans deux cas de Goullioud et Mollard, et dans un autre cas de Duplan, dans un fait bien étudié par Langerhans en Allemagne, on constata, à la suite de fibro-myomes devenus malins, des foyers de généralisation dans le péritoine pariétal, dans le foie, dans les deux poumons, dans les plèvres. Or, ces tumeurs secondaires, ces noyaux généralisés *étaient composés de fibres cellules musculaires*, aussi adultes, que celles des masses pelviennes elles-mêmes. Elles y formaient des faisceaux, des tourbillons, des volutes comme dans les fibromes utérins; on n'y voyait pour ainsi dire pas de tissu conjonctif, de cellules rondes et fusiformes.

La conclusion des auteurs lyonnais est formelle ; il ne s'agit pas, dans les fibro-myomes malins, de tumeurs sarcomateuses ; — le sarcome d'ailleurs n'existe pas pour eux. Dans tous ces cas, on est en présence de *cancers musculaires lisses*.

L'appellation est peu en rapport avec les règles de la nomenclature histologique contemporaine : mais le fait est exact. — Nous devons donc, en définitive, admettre que l'évolution maligne des fibromes n'est pas ordinairement une transformation sarcomateuse, mais une hyperplasie dans laquelle la superproduction de la fibre-cellule, son envahissement, sa généralisation, imitent celles de la cellule épithéliale des carcinomes glandulaires ou épithéliaux.

La malignité des fibro-myomes utérins étant ainsi clairement mise en relief, par la recherche des histologistes contemporains, il nous reste encore à exposer comment ils expliquent l'apparition et l'évolution, au sein de ces tumeurs, des *cavités kystiques*.

Nous avons déjà signalé les deux théories anciennement adoptées, sur la genèse des kystes dans les fibromes :

1° Celle de Virchow, attribuant leur formation au *ramollissement* et à la *dégénérescence* des tissus constitutifs du fibrome. Ces kystes seraient de même nature que les géodes de Cruveilhier. Les cavernes, dit cet anatomiste, se produisent par le ramollissement du myome, sans qu'on puisse dire si elles s'accompagnent de congestion ou d'hyperhémie du tissu lui-même. Le liquide est d'abord incolore, puis, quand le kyste grandit, les vaisseaux des parois se rompent, et le liquide contient une grande quantité de sang. — Nous connaissons l'objection judicieuse faite par Péan : les fibromes à géodes ou à kystes ne sont pas propres aux tumeurs les plus anciennes. Les cavités naissent souvent en même temps que le néoplasme évolue.

2° Billroth et surtout Kœberlé, avons-nous déjà dit, attribuent les kystes à des espaces lymphatiques énormément dilatés. On sait que ce dernier a trouvé dans leurs cavités une sérosité d'origine lymphatique, coagulable dès qu'elle en est extraite. Le Bec adopte cette opinion ; mais dans l'épithélium qui tapisse ces cavités, André ne trouve pas les cellules endothéliales caractéristiques des espaces ou des vaisseaux lymphatiques ; il est vrai, cependant, que les espaces lymphatiques voisins sont énormément dilatés.

Les parois des kystes des cysto-sarcomes comprennent trois couches : à l'intérieur, la tunique péritonéale, puis une tunique moyenne purement fibreuse dans les portions du kyste éloignées du fibrome, mais contenant des faisceaux de fibres musculaires lisses, dans les parties voisines de ce néoplasme, vers la base d'implantation des kystes. Dans un cas de kyste de l'utérus, provenant d'une tumeur enlevée par Démarquay, le professeur Bouchard décrit ainsi les parois de la cavité : « Le kyste, dit-il, est constitué par un tissu riche en fibres musculaires de la vie organique, séparées par une grande abondance d'éléments du tissu conjonctif, soit fibres lamineuses, soit noyaux embryoplastiques. Les fibres musculaires sont plus volumineuses en général que les fibres de l'utérus à l'état normal. Quelques-unes sont gonflées, granuleuses, et très analogues à celles de l'utérus pendant la grossesse. L'enveloppe péritonéale ne paraît pas altérée. A la face interne, on ne trouve pas que le tissu de la paroi se modifie, et les *éléments musculaires arrivent jusqu'au contact du liquide contenu dans le kyste* ».

En 1883, Doléris, dans un travail sur l'histoire des myomes utérins (*Arch. de tocologie*) se rattache aussi à la formation des kystes débutant par la dilatation des espaces lymphatiques, dont il aurait réussi à imprégner l'endothélium par le nitrate d'argent.

Les auteurs contemporains, dont nous avons déjà cité les travaux, *expliquent différemment la genèse des kystes dans ces cysto-fibromes et les cysto-sarcomes utérins*. On sait que pour Pilliet, les cellules sarcomateuses de ces tumeurs, se produisent à cause de la multiplication de l'endothélium des parois capillaires. Il ajoute : « Pendant que les cellules sarcomateuses se développent sur les parois des capillaires et envahissent le fibro-myome, les cellulles endothéliales continuent souvent à se multiplier par couches successives de façon à en oblitérer plus ou moins complètement la lumière. Alors, la circulation s'arrête dans la zone normalement irriguée par le petit vaisseau. Le tissu sarcomateux, édifié en ce point, ne recevant pas de matériaux de nutrition, se nécrose : d'où la formation de petites cavités kystiques. Si plusieurs vaisseaux sont ainsi oblitérés, il en résulte la production d'un grand kyste sarcomateux. L'origine du liquide souvent hémorrhagique contenu dans les hystes, se trouve dans les vaisseaux détruits : si ces kystes communiquent avec la cavité même de l'utérus, il se produit des hémorrhagies.»

A cette théorie, MM. Paviot et Bérard font les objections suivantes : ils n'ont pas constaté, d'une manière ordinaire, cette prolifération de l'endothélium des capillaires, ces pointes d'accroissement de MM. Pilliet et Costes; personne n'a revu ces oblitérations des vaisseaux au voisinage des pseudo-kystes, et, d'autre part, ces formations n'ont aucun caractère nécrobiotique ; enfin, on ne conçoit pas qu'une tumeur de 3 à 8 kilogr. toute entière transformée en géodes colloïdes, puisse atteindre un pareil développement, si chaque cavité ou pseudo-cavité est l'œuvre d'une mortification.

A la théorie de l'*oblitération lymphatique ou vasculaire* de Pilliet, ils substituent la *théorie de l'œdème* de Köster et Rumber. Ils disent : « Si la théorie de l'œdème de Köster ne peut être invoquée en temps que processus mécanique généralisé à la tumeur, (car on ne trouve pas d'oblitération des gros vaisseaux veineux), on peut, du moins, pour expliquer les zones myxoïdes, les pseudo-kystes, admettre des œdèmes partiels, réduits à des territoires vasculaires plus ou moins étendus. Ces stases partielles se produiraient par écrasement des veines dans la tumeur ; les artères plus résistantes continuent l'apport sanguin : le liquide extravasé est à peu près semblable à celui de l'œdème ordinaire, quand il fait irruption au milieu de cellules adultes ; il se charge au contraire de mucine, quand il est au contact de cellules jeunes, celles-ci ayant la propriété générale de sécréter le mucine.» Ainsi, d'après les auteurs lyonnais, les portions gélatiniformes, les îlots myxoïdes, et les cavités kystiques ont la même origine : *un processus très actif de néoformation, allant jusqu'à la transsudation des liquides contenus dans les capillaires voisins*.

Dans plusieurs de leurs préparations histologiques, ils montrent que les portions d'apparence kystique, ne sont que l'étalement et l'infiltration de zones à aspect mucoïde. La couche la plus interne des pseudo-kystes est formée de cellules myxoïdes, étoilées, de substance amorphe ; la couche immédiatement en dehors d'elle est composée de nombreuses cellules rondes, quasi-embryonnaires, avec quelques cellules fusiformes ; enfin, tout à fait à la périphérie, on voit une troisième couche où se produit la fibrillation, la fasciculation du tissu interstitiel, au milieu duquel on distingue des cellules fusiformes en voie de devenir des fibres-cellules musculaires lisses. (Obs. V).

En résumé, les théories sur l'origine des formations kystiques dans les fibromes utérins sont les suivantes : 1° La théorie de la dégénérescence (Cruveilhier, Virchow) ; 2° Celle de la dilatation des espaces lymphatiques (Kœberlé); 3° Celle de l'oblitération des capillaires par des processus endothéliaux (Pilliet et Costes) ; 4° Enfin celle des œdèmes partiels par néoformations excessives (Köster, Paviot et Bérard).

Cette dernière théorie rend bien compte des deux faits suivants cliniquement observés : 1° Que les fibro-myomes, pré-

sentant des géodes ou des kystes, atteignent rapidement un volume considérable. Dans nos observations, dans plusieurs autres, c'est en 7 ou 8 mois que les tumeurs avaient acquis leur développement ; 2° Que les fibro-myomes lorsqu'ils subissent une poussée brusque dans leur accroissement, prennent une consistance plus molle, presque diffluente. Si l'on pratique alors des coupes sur ces tumeurs, on trouve leur tissu infiltré d'œdème et parfois creusé de cavités kystiques. En conséquence : *progression rapide des fibro-myomes, ramollissement, apparition de kystes dans ces tumeurs et même, dans quelques cas, malignité et généralisation, sont des manifestations d'évolution de même nature.* Cette constatation était utile à préciser au point de vue clinique. (*A suivre*).

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance du 21 avril 1898.

G. Hivet. — GROSSESSE TUBO-INTERSTITIELLE ENLEVÉE PAR LAPAROTOMIE.

Service du Prof. LE DENTU.

Il s'agissait d'une jeune femme de 29 ans, souffrant du ventre depuis 2 ans, époque à laquelle elle avait fait une fausse couche de 2 mois. Après avoir essayé pendant cinq mois un traitement médical, sans aucune amélioration, la malade s'était décidée à entrer à l'hôpital Necker, dans le service du Professeur Le Dentu.

L'interrogatoire nous révéla d'abord ce fait particulier que la malade, qui avait eu ses dernières règles du 15 au 20 mars, avait été auparavant 2 mois sans voir. Peut-être avait-elle donc fait récemment une fausse couche passée inaperçue.

L'examen par le toucher, très difficile à cause du peu de souplesse des parois abdominales, nous permit de constater les détails suivants :

Orifice utérin un peu entr'ouvert, col dur, utérus petit en antéversion.

Les annexes des deux côtés étaient très douloureuses, mais les annexes droites semblaient particulièrement volumineuses.

Après quelques jours d'hésitation, on se décida, vu l'insuccès du traitement médical, pour une laparotomie.

A l'ouverture du ventre, on ne fut pas peu étonné de trouver, au niveau de la portion interstitielle de la trompe droite et collée en quelque sorte contre l'utérus, une tumeur arrondie régulière, volumineuse comme une noix environ. La trompe ne semblait pas très malade, mais l'ovaire, en revanche, était volumineux et scléro-kystique.

On assura tout d'abord l'hémostase du bord supérieur du ligament large par deux ligatures, l'une interne sur les vaisseaux utérins, l'autre externe sur les vaisseaux utéro-ovariens ; puis on sectionna le ligament large au-dessus de ces ligatures.

Les annexes ne tenaient plus dès lors que par leur extrémité interne. Comme il était impossible de poser à ce niveau une ligature, à cause de la tumeur, on tailla, aux dépens de la corne utérine un lambeau en coin, qui permit d'avoir la tumeur intacte. Les lèvres de la plaie utérine furent soigneusement suturées au catgut.

On dut faire également, du côté des annexes gauches, une ablation partielle de l'ovaire.

La malade guérit sans accident.

A la coupe de la pièce, nous avons constaté que la petite tumeur était constituée par un caillot sanguin contenu dans une poche dont les parois n'étaient autres que les parois de la trompe elle-même distendue. Il s'agissait donc très vraisemblablement d'une petite grossesse tubo-interstitielle. Malheureusement l'examen histologique n'a encore pu être fait.

Détail intéressant : nous avons pu, en introduisant successivement un crin par l'orifice tubaire interne et par l'orifice tubaire externe, constater que la trompe était parfaitement perméable dans toute son étendue.

G. Hivet. — RUPTURE PROBABLEMENT TRAUMATIQUE DE L'UTÉRUS AU 3e MOIS DE LA GROSSESSE, SUIVIE DE L'EXPULSION DU FŒTUS ET DE SES ANNEXES DANS LE LIGAMENT LARGE GAUCHE.

Cas observé dans le service du Prof. LE DENTU.

Le 22 mars, à 11 heures du soir, entrait dans le service du Prof. Le Dentu, à l'Hôpital Necker, salle Lenoir, une femme âgée de 41 ans, multipare, qui succombait une demi-heure après son arrivée. Le médecin qui l'envoyait avait formulé le diagnostic d'hématocèle rétro-utérine ; et ce diagnostic avait été fondé sur l'ensemble des symptômes suivants :

Absence de règles depuis 3 mois 1/2.

Douleurs très vives dans le bas ventre depuis le 19 mars.

Symptômes d'hémorragie interne grave le 21 mars au soir.

Présence, dans les culs-de-sac postérieur et latéral gauche, d'une collection liquide très volumineuse.

L'autopsie fut faite le 23 mars.

A l'ouverture de l'abdomen, on constata tout d'abord que les anses intestinales les plus déclives étaient recouvertes d'un exsudat fibrino-purulent et baignaient dans un liquide louche. Il y avait donc eu péritonite aiguë.

Tout le paquet intestinal étant ensuite récliné en haut, on s'aperçut que les deux feuillets du ligament large gauche étaient séparés l'un de l'autre par une grosse collection liquide, qui en avant avait fusé entre la vessie et l'utérus, en soulevant le cul-de-sac vésico-utérin, et qui, en arrière, remontait en suivant les vaisseaux utéro-ovariens jusque dans la région lombaire.

L'utérus était volumineux et débordait de trois bons travers de doigt la symphyse pubienne.

Quant aux annexes droites et gauches, elles étaient parfaitement saines.

On sectionna alors le bord externe du ligament large gauche, et on constata la présence dans son intérieur, au milieu des caillots sanguins qui constituaient la collection liquide, d'un fœtus de 3 mois environ avec ses annexes.

On lava prudemment la poche après l'avoir vidée de son contenu ; et on s'aperçut qu'il existait une perforation de l'utérus faisant communiquer largement la poche avec la cavité utérine.

Cette perforation à peu près circulaire, à bords un peu déchiquetés, était grande comme une pièce de 5 fr. et siégeait à la fois sur les faces antérieure et latérale gauche de la portion sus-vaginale du col.

Le vagin était intact.

L'orifice externe du col était entr'ouvert.

Une incision médiane sur la face postérieure de l'utérus ne nous révéla aucune lésion autre que la perforation, mais nous permit de constater que le placenta avait été inséré primitivement sur la face antérieure du corps utérin.

Il s'agit maintenant d'expliquer la perforation.

Il n'est pas possible de songer ici à une rupture consécutive à une altération organique quelconque des parois utérines, puisque ces parois étaient saines.

La malade n'ayant subi aucun choc, il n'est pas non plus possible d'invoquer comme cause de rupture un traumatisme extérieur.

Nous n'insisterons pas davantage sur l'hypothèse d'une rupture spontanée ; car nous n'avons trouvé dans la littérature médicale aucun exemple de rupture utérine spontanée au début de la grossesse.

Reste une dernière hypothèse ; celle d'une perforation consécutive à un traumatisme intra-utérin. C'est assurément l'hypothèse la plus vraisemblable. Il est très probable, vu l'absence de lésions autres que la perforation, que celle-ci a été produite par une tige rigide. L'orifice de rupture au début a donc dû être très étroit ; il s'est ensuite sans doute agrandi sous l'influence des contractions utérines, au point de pouvoir livrer passage au fœtus et à ses annexes.

REVUE FRANÇAISE

Dalché. — SUITES D'UN TAMPONNEMENT A LA SOLUTION GÉLATINÉE CONTRE UNE MÉTRORRAGIE (1). (*Gaz. des hôpitaux*, 16 avril 1898.)

Depuis que la solution gélatinée a été préconisée dans le traitement des hémorragies, on l'a très souvent employée pour arrêter les pertes utérines. Dans la séance du 11 février dernier, M. Armand Siredey nous a rapporté neuf cas où ce moyen thérapeutique s'est montré des plus efficaces, et chez plusieurs malades il m'a rendu aussi de grands services.

Cependant, il vient de me faire éprouver un échec, plus qu'un échec, un ennui, que je crois pouvoir vous communiquer pour que, dans une petite part, il aide à poser les indications et les contre-indications de la méthode.

Une femme de soixante-douze ans entre dans mon service à Beaujon, le 8 mars, atteinte d'une métrorragie grave par son abondance et sa durée. La perte a commencé le 1er mars et, d'emblée, l'écoulement d'un sang liquide, non fétide, a été considérable. Le 9 mars je trouve un utérus volumineux, surtout à gauche ; le col est absolument sain, tout l'organe mobile ; la malade a maigri dans ces derniers mois, mais elle ne sait pas dire si elle a présenté de la leucorrée depuis quelque temps. Je conclus à la possibilité

(1) Communication à la Société médicale des hôpitaux.



d'un cancer du corps ou d'un fibrome après un premier examen un peu sommaire ; mais une indication s'impose : arrêter la métrorragie. Le traitement habituel est prescrit : le lendemain 10 mars, le sang coule toujours, et je pratique le tamponnement sur le col avec des gazes imbibées d'une solution gélatinée rigoureusement préparée, selon les précautions recommandées.

Le 11 mars, l'écoulement a infiniment diminué ; je sors et je renouvelle les tampons gélatinés ; le 12 mars, l'écoulement est arrêté.

A partir du 13 mars, la malade se plaint de douleurs dans les reins, qui vont en augmentant chaque jour, si bien qu'un peu de sang ayant reparu le 17 mars, je la touche et je trouve un col effacé, dilaté, et dans son orifice, large presque comme une pièce de 5 francs, je sens engagée une masse lisse, élastique et assez résistante. D'autres personnes examinent la malade et pensent à l'expulsion d'un polype.

Le 19 mars, le col est tout à fait effacé et dilaté, la masse fait plus franchement saillie dans le vagin et répand, ainsi que l'écoulement, une odeur fétide.

Le 20 mars, je constate que j'ai affaire à un caillot sanguin, dont une partie extra-cervicale se détache, mais dont une partie intra-utérine reste adhérente par place, et s'accompagne d'un écoulement putride. Cette putridité m'oblige à pratiquer un lavage intra-utérin et à nettoyer la cavité occupée par le caillot avec un écouvillon d'ouate. Cette cavité ne m'a pas semblé remonter jusqu'au fond de l'organe que je n'ai pu explorer.

Après un nouveau lavage, le lendemain, la fétidité a disparu, le col, très rapidement est revenu sur lui-même, la malade n'a pas eu de fièvre.

Le caillot, plus gros qu'un œuf, assez friable dans sa portion adhérente, était singulièrement ferme dans sa portion inférieure ; du reste, on peut juger de sa résistance par la dilatation qu'il a provoquée au niveau de l'orifice du col. Il s'est comporté comme un véritable polype.

Après le tamponnement simple, ouate et gaze, que j'ai vu pratiquer bien souvent par un de mes maîtres, se forment parfois de petits polypes fibrineux ; mais je n'ai jamais rien observé de pareil à ce que j'ai constaté chez cette femme. On peut se demander si, au contact de la solution gélatinée, le sang brusquement arrêté n'a pas constitué un caillot d'une consistance dure toute particulière qui lui a permis de forcer le col.

Peut-être me reprochera-t-on de n'avoir pas dilaté le canal utérin, afin de toucher directement la surface saignante avec la solution gélatinée ; il est probable que j'aurais évité une semblable coagulation. Mais, dans un cas de cancer possible, est-ce prudent de dilater la matrice ? De plus, l'écoulement et le caillot ont rapidement pris une odeur fétide ; si j'avais trouvé un cancer, j'aurais craint de favoriser une infection et, malgré la présence de l'acide phénique dans la solution, j'aurais redouté de laisser la gélatine sur une surface ulcérée et sanieuse, bien difficile à laver plusieurs jours de suite.

Il en est tout autrement dans le cancer du col, facilement accessible même à une simple injection.

Je demeure persuadé que, dans le traitement des métrorragies, la solution gélatinée rend les plus grands services, surtout lorsqu'on la met directement en contact avec la surface saignante ; mais appliquée fort loin de la source de l'écoulement (lésion du fond de l'utérus ou de la cavité), elle peut entraîner des inconvénients dont cette observation est un exemple : la dilatation du col, l'expulsion d'un gros polype fibrineux, sont des complications à éviter ; non seulement inutiles, on doit craindre qu'elles ne prennent une véritable gravité.

REVUE ANGLAISE

DISCUSSION SUR LA DYSTOCIE CAUSÉE PAR TUMEURS PELVIENNES DE L'OVAIRE. (Soc. obstétricale de Londres, janv. 1898. *Brit. med. J.*, 15 janv. 1898.) — A PROPOS D'UNE COMMUNICATION SUR CE SUJET, FAITE ANTÉRIEUREMENT PAR MC KERRON.

Hubert Spencer rapporte le cas d'une femme de 20 ans, ayant accouché naturellement d'un premier enfant mort et présentant de la dystocie à une 2e couche par suite de la présence d'un kyste dermoïde enclavé. La tumeur ne pouvant être refoulée, on fit la laparotomie, on enleva la tumeur et l'enfant fut extrait par le forceps. Survie des deux. En pareil cas, l'orateur pense qu'on doit essayer de refouler la tumeur hors du bassin et rejette comme dangereux la version, le forceps, la craniotomie, l'incision ou la ponction du kyste. La césarienne doit être rarement nécessaire si l'utérus peut être extériorisé : on peut discuter les deux voies, vaginale et abdominale, mais il opte en faveur de cette dernière. Il montre, en outre, une tumeur ovarienne qui, enclavée, causait la dystocie : la tumeur a été refoulée sous le chloroforme, l'enfant extrait au forceps et l'ovariotomie pratiquée 7 mois plus tard.

Robert Boxall montre un kyste dermoïde, pour lequel il a fait, lors de la première période du travail, la césarienne et l'ovariotomie avec succès pour la mère et l'enfant.

Herman rappelle un moyen proposé par Fritsch et auquel on n'a pas donné assez d'attention : il consiste à inciser le kyste par le vagin, à suturer les bords de la poche à ceux de l'incision vaginale et à l'évacuer par cette ouverture. De cette manière on évite les chances d'effusion dans le péritoine et les dangers de la simple ponction (24 morts sur 43 de Mc Kerron). Ce procédé, d'ailleurs, ne s'applique pas aux tumeurs qu'on peut refouler et à celles qu'on peut opérer favorablement par ovariotomie.

Playfair a communiqué, il y a 20 ans, un mémoire sur cette question appuyé de 35 cas : il en a, depuis, réunis 126 autres, ce qui implique une certaine fréquence. C'est seulement dans 18 % des cas que le diagnostic de la tumeur a été fait avant le travail, ce qui s'explique sans doute par ce fait qu'il n'y a que les tumeurs petites et mobiles qui s'enclavent pendant la grossesse. Si le diagnostic est fait pendant la grossesse, la règle admise est d'opérer sans délai par le vagin ou par le ventre. S'il ne l'a pas formulée jadis, c'est que l'ovariotomie ne comportait pas alors le même pronostic qu'aujourd'hui. Il recommandait alors la ponction vaginale qui ne lui a donné que 18 % de morts, alors que l'expectation donne 50 %.

H. Smith a vu, en 1884, une femme de 24 ans, porteuse d'une petite tumeur ovarienne : pendant sa grossesse, il la refoula plusieurs fois au-dessus de l'utérus : pendant le travail, elle se plaça en avant de la tête, empêchant l'accouchement. Ponction et naissance d'un enfant vivant.

Lors d'une 2e grossesse, Smith a fait l'ovariotomie au 3e mois et l'accouchement s'est normalement fait à terme.

Horrocks : Les statistiques d'autrefois ne peuvent entrer aujourd'hui en ligne de compte : il est évident que le pronostic opératoire n'est plus le même. Il se demande pourquoi Boxall a fait la césarienne dans son cas. En ce qui concerne la voie à suivre, la voie abdominale est bien plus sûre et plus facile, ne fût-ce qu'au point de vue de l'hémostase.

Spencer est heureux de voir que l'opinion générale est en faveur de l'ovariotomie lorsque le refoulement n'est pas possible. La césarienne inflige une mutilation qui est le plus souvent inutile, bien que la Société l'ait préconisée il y a 6 ans.

Cullingworth. Bon nombre de ces tumeurs sont dermoïdes : il est donc douteux qu'une simple ponction puisse en réduire le volume suffisamment pour permettre l'accouchement. Le traitement idéal est l'ablation immédiate de la tumeur par laparotomie. Lorsqu'elle est impraticable, et que le refoulement échoue, il faut ponctionner ou inciser par le vagin et faire l'ovariotomie aussitôt que possible après le travail. La césarienne ne peut être mise en question.

Arnold Lea. — KYSTE PAROVARIQUE ÉTRANGLÉ. (Soc. gyn. et obst. du nord de l'Angleterre, 10 déc. 1897. — *Brit. med. J.*, 15 janv. 1898.)

Multipare de 42 ans : douleur vive en se baissant, suivie de vomissements et de constipation irréductible. Vue 5 jours après ; on trouve une tumeur élastique à gauche, dépassant l'ombilic : utérus rétrofléchi en arrière de la tumeur qui emplit le bassin. Distension abdominale, vomissements bilieux, foncés, mais non fœcaux. T. 101°, pouls 118. Laparotomie : kyste du ligament large droit tordu sur le ligament et comprimant l'S iliaque à laquelle il est relié par de multiples adhérences récentes. Parois congestionnées, mais non gangrenées. Ablation rapide de la tumeur : grand lavage de la cavité. Intestins extrêmement distendus. Pendant 24 h., suites parfaites, puis évacuation soudaine d'une énorme quantité de matières solides et liquides, collapsus et mort en 1 heure. A l'autopsie, ni hémorragie, ni péritonite : intestins vides. La cause de la mort est sans doute le collapsus consécutif à la brusque évacuation intestinale, ce qui s'observe parfois après l'opération de la hernie étranglée ou pour toute autre cause d'obstruction. Elle peut être due encore à une entérite suraiguë ou à un péristaltisme excessif. En pareil cas, il serait peut être bon de ponctionner pendant l'opération, l'intestin surdistendu et de la fermer ensuite par une suture de Lambert. Les injections veineuses de sérum, jointes à des stimulants et à la morphine pour calmer le péristaltisme, pourraient être d'utiles adjuvants.

Fothergill. — FLEXIONS ET VERSIONS UTÉRINES. (Soc. gyn. et obst. du nord de l'Anglet. 10 déc. 1897. — *Brit. med. J.* 15 janv. 1898.)

Communication sur certaines déviations utérines qui, dans l'esprit de l'auteur, ne requièrent nul traitement actif. On doit distinguer la *version* de la *flexion*. Bon nombre ne provoquent aucun trouble et ne s'opposent pas à la fécondation. L'antéflexion et l'antéversion dont les symptômes se manifestent à la puberté, sont considérées comme congénitales, ou acquises dans l'enfance, par suite d'inflammation d'autres organes. De telles flexions ou



versions ne sont souvent mises en évidence qu'à l'occasion de faits ou d'accidents relatifs à la reproduction et ne nécessitent pas de traitement direct. Dans beaucoup de cas de ce genre cependant, la déviation, reconnue à l'occasion d'un incident ou accident puerpéral est un phénomène secondaire dont la cause primitive doit être traitée. C'est ainsi qu'une condition commune à l'antéflexion et à la rétroversion, c'est une vieille cellulite utéro-sacrée : le diagnostic doit en être formulé : *vieille cellulite* et non *déplacement de l'utérus* et doit être traitée en conséquence.

La rétroversion et la rétroflexion, conséquences de la subinvolution, sont justiciables du traitement de la subinvolution et non des pessaires ou des divers procédés de fixation. De même, la rétroversion est souvent un des premiers signes de prolapsus quelle que soit la cause de celui-ci. Dans tout cas de distorsion ou de déplacement de l'utérus, on doit en établir soigneusement la pathogénie avant de procéder aveuglement à l'application d'un pessaire ou à une intervention opératoire.

Alfred Smith. — FIBROME ENLEVÉ AVEC L'UTÉRUS ET LES ANNEXES. (*Brit. med. J.*, 22 janv. 1898.)

Femme de 36 ans : Tumeur reconnue depuis 7 ou 8 ans, augmentant pendant les règles, brusque augmentation et douleurs depuis 2 ans, aménorrée depuis 18 mois. A l'examen, volumineuse tumeur solide, abdominale et médiane ; mobile en haut jusqu'à atteindre les côtes, ne descendant pas jusqu'au fond du bassin au point de laisser, au-dessus du pubis, une zone presque sonore. Col en haut et en avant : ovaire gauche élargi, en avant ; ovaire droit en bas : cathétérisme 5 c m. Indépendance de la tumeur, qui ne semble pas utérine. Laparotomie. Extraction facile de la tumeur : on reconnaît un pédicule tordu, presque transparent et sans parties solides. Les trompes et les ovaires viennent avec la tumeur. L'examen de la pièce montre qu'il s'agit d'un volumineux fibrome développé sur le fond de l'utérus : la section spontanée de l'organe s'était faite à l'union de la portion supravaginale et de la portion moyenne du col. Pas d'accumulation de liquide dans la portion détachée de l'utérus; ce cas montre la difficulté du diagnostic exact des tumeurs abdominales et laisse dans l'obscurité la cause de cette section de l'utérus fibromateux.

Howard Kelly. — CONSERVATION DE L'OVAIRE DANS L'HYSTÉRECTOMIE ET L'HYSTÉRO-MYOMECTOMIE. (*Brit. med. J.*, 29 janv. 1898.)

L'importance des *noms* est plus considérable qu'on ne le croit, en médecine. C'est ainsi que les mots de *cystocèle* et de *rectocèle*, désignent simplement l'état apparent des parois du vagin, sans évoquer l'idée réelle de *hernie sacro-pubienne* ; d'autre part, on a changé pour le terme : *ovaires* la vieille expression de *testes muliebres* : si on l'eût maintenue, peut être eût-elle conservé en faveur de ces organes le respect conservateur qu'inspirent toujours les *testes* masculins.

Spencer Wells, en 1882, a plaidé le premier la cause du conservatisme en gynécologie en rapportant 1000 cas d'ovariotomie unilatérale suivis de 230 accouchements chez 228 femmes.

Schröder, par la résection de l'ovaire ; Polk par la démonstration qu'il a faite de la possibilité de restituer leur fonction aux trompes en les libérant de leurs adhérences et en les réséquant au besoin ; Martin par la résection des ovaires et l'ouverture des trompes obturées ont également fait beaucoup dans le même sens. Schröder a été mû, en outre, par le désir de conserver la fonction ovulatrice autant que par l'espoir théorique de la conception. C'est une conviction croissante que l'ovaire fait partie du groupe de certains organes tels que la thyroïde, le thymus, etc., et que, outre sa fonction d'ovulation, il sécrète une substance qui, absorbée dans l'économie, est nécessaire à l'équilibre physiologique. Il est probable, dit Martin, que l'ovaire, comme le foie et la thyroïde, modifie le sang qui le traverse et lui donne quelque produit dont la suppression explique certains symptômes de la ménopause.

La *spermine*, produit actif du sperme, découvert par Schreiber en 1878, a été découverte sous forme de phosphate insoluble dans la thyroïde, le thymus, la rate, l'ovaire, le testicule et dans le sang de ces organes. Poehl a confirmé et complété ces recherches. La spermine est un puissant agent d'oxydation aidant, par son action catalytique, à la restauration du pouvoir oxydant du sang, sans le secours de l'oxygène de l'air, d'où son influence dans le traitement des dyscrasies et sur l'augmentation des excrétions azotées des reins. Curatullo et Tarulli ont mis en évidence l'action sécrétoire des ovaires. Après avoir réglé l'alimentation de Lapines, de manière à obtenir une moyenne donnée d'excrétion de substances azotées et de phosphates, ils ont enlevé les ovaires et ont constaté une notable et permanente diminution de ces excreta. Ces expériences prouvent par ailleurs l'utilité de la castration dans l'ostéomalacie. Christoff a montré que, après avoir enlevé un ovaire à des Lapines, l'autre subit une hypertrophie compensatrice, portant sur tous les éléments de l'organe, qui commence dans les 2 mois après l'opération et atteint, en 3 ou 4 mois, le double du volume normal.

Depuis qu'on a observé les désastreux effets de la castration, on a essayé de compenser de diverses manières la perte des ovaires. Kuauer a prouvé qu'on peut isoler les ovaires et les transplanter soit dans le ligament large, soit dans les muscles de la paroi abdominale. Cinq mois après cette transplantation chez une Lapine, dans le ligament large, il a trouvé un ovaire gros comme une lentille, très vasculaire, avec un stroma normal et un grand nombre de follicules. L'ovaire greffé dans la paroi n'avait que le tiers de son volume primitif, mais était d'ailleurs normal. D'autre part, Chrobak a traité, au moyen de tablettes de tissu ovarien de Vaches, des Femmes ayant subi la castration et a fait ainsi disparaître les vestiges, les bouffées de chaleur, les faiblesses dont souffraient ces malades. Stehman, de Chicago, a rapporté 6 observations de malades souffrant de troubles nerveux et psychiques, d'aménorrée, de douleurs ovariennes, tous symptômes imputables à un défaut de sécrétion ovarienne, traitées avec succès par des tablettes thyroïdiennes. Cet extrait modifie la nutrition générale aussi bien que celle de l'ovaire qui reprend sa fonction physiologique.

Bien qu'on puisse écrire encore que ces résultats ne sont pas scientifiques, ils sont assez démonstratifs pour que les efforts des gynécologues tendent, sur la table opératoire, à faire toute la conservation possible. Imbu de cette idée, l'auteur, depuis 1895, s'est toujours efforcé de conserver les ovaires dans tous les cas où utérus et trompes devaient être sacrifiés. Il donne un tableau de 20 observations, prises en dehors de l'hôpital, et prouvant la diminution notable et souvent l'absence complète des troubles ordinaires de la ménopause.

La technique est simple : ce qu'il importe de conserver, ce sont les ovaires, qu'on laisse ou qu'on résèque les trompes, suivant les cas : leur conservation facilite le manuel. On commence par lier le ligament large à hauteur de la corne utérine en comprenant l'isthme de la trompe et le ligament utéro-ovarien ; on lie ensuite le ligament rond, on expose ainsi la base du ligament large et on lie les vaisseaux utérins : on ampute l'utérus à hauteur de l'insertion vaginale ; on pince les vaisseaux utérins du côté opposé et rejetant l'utérus en haut et en dehors, on lie le ligament rond, la trompe et l'ovaire à hauteur de la corne opposée.

Rodocanachi. — OVARIOTOMIE PENDANT UNE SCARLATINE ; NÉPHRITE AIGUE : GUÉRISON. (*Brit. med. J.*, 29 janv. 1898.)

Femme de 32 ans, admise pour une ovariotomie : nettoyage de la peau abdominale avec térébenthine, éther et acide phénique. On laisse sur la paroi une compresse phéniquée recouverte de gutta.

Le 4e jour apparition d'un rash sur toute la surface qui a été en contact avec la compresse ; pas de mal de gorge, ni de fièvre : le 5e jour le rash existe encore le matin et on enlève, l'après-midi, un volumineux kyste de l'ovaire.

Isolément après l'opération. Le 2e jour, la température s'élève à 100° et le pouls à 104 ; le rash s'étend aux membres inférieurs et persiste 3 ou 4 jours. Les fils sont retirés le 8e jour et la réunion est parfaite ; mais la température reste entre 98 et 100 F. Le 18e jour après l'opération, la température s'élève à 101°8 et le pouls à 116 : en même temps l'urine, rare, contient du sang et de l'albumine et la peau se desquame. On attribue alors à la scarlatine le rash qu'on avait imputé à l'action des antiseptiques et ce diagnostic est confirmé par l'apparition d'une scarlatine chez une autre malade qui avait séjourné dans la même salle d'isolement. Guérison progressive.

REVUE BELGE

Van Hasselt. — PÉRITONITE GONOCOCCIQUE ; PARAMÉTRITE. (*Bulletin de la Société Belge de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1898, p. 3.)

Dans le cas que je vous rapporte ici, il y eut des particularités singulières qui permettaient assez aisément une erreur de diagnostic, et il se fait malheureusement encore que je ne possède pas de preuves suffisamment établies pour la détermination précise du diagnostic que j'ai posé après coup, en me basant sur des déductions qui me paraissent logiques.

Mme M..., âgée de 30 ans, mariée depuis trois ans, n'a pas d'enfants. Elle est brune et très vigoureuse. Elle a été atteinte de vaginite, il y a quelque temps.

Traitée, depuis plusieurs semaines, par son médecin habituel, elle souffre de douleurs abdominales intenses, accompagnées d'accès fébriles vespéraux. Aucune amélioration n'a été obtenue par les applications mercurielles locales, ni par la quinine, ni par les purgatifs, ni même par la morphine.

Quand je fus appelé à la voir, Mme M... était très affaiblie déjà. Les souffrances ressenties du côté de l'abdomen étaient vives et

continues, et localisées surtout au flanc gauche. Le ventre ballonné était très sensible à la pression, dans cette région seulement. On sentait à travers la paroi une résistance qui faisait croire à une tumeur du cœliome. La vulve était rouge : sa muqueuse, ainsi que la muqueuse vaginale, était desquamée ; sur les parois du conduit, il y avait du pus. Le col utérin acuminé était d'une couleur rouge sombre. Dans les intervalles des règles, qui duraient sept à huit jours, il y avait des écoulements sanguins et purulents.

Au toucher, l'utérus en position normale, mais légèrement dévié vers la droite, était un peu développé et sensible à la pression. Le cul-de-sac gauche était dur, douloureux ; et par le toucher bi-manuel, on éprouvait la sensation d'une tumeur fluctuante à parois épaisses, qui aurait rempli tout le flanc gauche, ainsi que le faisait supposer également la simple pression abdominale.

Les voies digestives étaient en mauvais état. La constipation était habituelle. La température vespérale oscillait entre 39 et 40 degrés ; dans le courant de la journée, le thermomètre ne descendait pas au-dessous de 38 degrés. Il n'y avait pas de nausées, ni de vomissements.

La malade, hystérique de tempérament, avait des crises nocturnes douloureuses, que l'on parvenait seulement à calmer passagèrement avec de la morphine à hautes doses.

Je dois avouer que mon diagnostic resta indécis. Lors de ma première visite, je pouvais délimiter la tumeur à quatre travers de doigt au-dessus de l'arcade crurale, et s'avançant à droite, un peu au delà de la ligne blanche. Trois semaines après, sans dépasser davantage la ligne blanche, la tumeur montait à la hauteur de l'ombilic. Je sentais, pendant mon examen, sa paroi glisser sous la paroi abdominale.

Cette sensation et l'élévation continue de la température me faisaient croire à la présence d'une poche salpingienne suppurée.

Comme j'avais proposé déjà antérieurement une intervention chirurgicale, ma proposition fut admise lors de ma seconde visite, sans difficulté.

Dès que j'eus fais mon incision abdominale, mon opinion première se modifia entièrement. Le péritoine pariétal, que j'avais traversé, était épais et d'une coloration lie de vin sale. Contre lui et rattaché par des brides lâches, s'étalait un plastron latéral qui, partant du bassin, s'élevait en s'amincissant jusqu'à la hauteur du nombril. Ce plastron avait sa base dans le paramétrium : il occupait tout le ligament large gauche et formait postérieurement une cavité contenant les annexes de ce côté et des anses intestinales. Son extrémité supérieure amincie se courbait à la pression, et ainsi naissait, à la palpation extérieure, cette sensation d'une tumeur à parois épaisses et à contenu liquide.

Le péritoine qui recouvrait ce plastron sur ses deux faces, de même que tout le péritoine pariétal et le péritoine viscéral, présentait cette teinte lie de vin, à reflets noirâtres, avec des arborisations artérielles très accentuées. Par places assez nombreuses, l'épithélium avait disparu.

Les annexes gauches étaient congestionnées. L'ovaire de ce côté était un peu plus volumineux que l'autre. La trompe était un peu plus développée ; les franges du pavillon étaient libres et étalées.

Dans le Douglas, il y avait une certaine quantité de sérosité que, malheureusement pour la confirmation du diagnostic exact, je regrette de n'avoir pas fait examiner au point de vue bactériologique.

J'essuyai toute la cavité abdominale avec de la gaze iodoformée ; je la saupoudrai d'iodoforme et je fermai.

Les suites n'offrirent rien de particulier, si ce n'est que la chute de la température fut en décroissance plus lente qu'elle ne l'est d'habitude, et que les douleurs furent longtemps à disparaître. Ces dernières suivirent une régression en quelque sorte parallèle à la résorption progressive du plastron paramétritique ; ce qui me porte à croire qu'elles étaient déterminées par le développement de cet exsudat.

Trois semaines après, la malade pouvait se lever. Le ventre était souple et indolore ; les phénomènes de la péritonite avaient disparu, l'appétit était revenu, et avec lui les digestions et le bon fonctionnement des intestins. L'exsudat paramétrique ne dépassait plus le pubis, mais il restait encore une induration assez notable du cul-de-sac gauche.

Les écoulements sanguins et purulents reprirent. Je traitai les uns par des injections vaginales au permanganate de potasse à 1/1000, et les autres par des injections intra-utérines au permanganate de potasse à 1/100. Mais auparavant, au surlendemain de l'opération, comme l'idée gonococcique de cette péritonite m'était venue, je plaçai dans le fond du vagin, autour du col utérin, des tampons de ouate stérilisée que je laissai séjourner pendant douze heures environ et dont je confiai l'examen à mon excellent confrère Thiébaut. Ses recherches confirmèrent la présence de Gonocoques.

Pouvais-je de là déduire la nature de la paramétrite et de la péritonite ? Je le pense. Les antécédents de la malade, puis la marche ascendante des symptômes, la vaginite chronique, la métrite fongueuse, le développement plus exagéré de la trompe gauche me permettent de considérer cette supposition comme fondée.

Puis il y a cet aspect spécial du péritoine que je n'ai pas rencontré au cours ni des péritonites puerpérales, ni de nombreuses péritonites tuberculeuses, et que je regarde comme caractéristiques. Je n'ai malheureusement point de comparaison, car dans les quelques cas de péritonite gonococcique dont j'ai lu les relations, l'état du péritoine n'était pas décrit.

Un an s'est passé depuis mon intervention. J'ai revu la malade, il y a quelques jours ; elle est bien portante. Le ventre est indolore et souple. Les règles, régulières habituellement, sont entrecoupées encore de pertes sanguinolentes et louches. L'utérus soigné incomplètement, reste le siège encore d'une métrite. Dans le paramétrium, il subsiste un noyau d'induration de la grosseur d'un œuf de Pigeon.

On sait la ténacité des métrites blennorragiques : il n'y a rien d'étonnant à ce qu'un traitement passager non méthodiquement conduit n'ait pas abouti à la guérison de celle-ci : aussi ai-je recommencé personnellement le traitement de cette affection.

REVUE DES THÈSES

Ch. Polle. — DE L'APPENDICECTOMIE DE PARTI PRIS AU COURS DES LAPAROTOMIES POUR ANNEXITES. (*Thèse de Paris*, 1897-1898.)

L'auteur de ce travail attire l'attention sur l'importance de l'exploration de l'appendice au cours de toutes les opérations sur les annexes. En effet, l'appendice, en outre qu'il peut toujours devenir le siège d'une inflammation dangereuse, est très souvent le lieu d'origine de ces douleurs persistantes que ne réussissent à guérir ni l'ablation des annexes, ni même l'hystérectomie totale. Plusieurs cas relevés par l'auteur (Kümmel, Richelot, Delagenière, Rochard sont caractéristiques à cet égard).

Ce point avait déjà depuis assez longtemps attiré l'attention des chirurgiens en Amérique, qui pratiquent tous l'exploration systématique de l'appendice au cours de laparotomies pour annexites ; quelques-uns vont plus loin et enlèvent l'appendice, dans tous les cas, même s'il est sain. Toutefois la plupart d'entre eux ne résèquent l'appendice que s'il est anormal ou présente des lésions.

En Europe la conduite à tenir à l'égard de l'appendice au cours des opérations sur ces voies génitales n'a pas été encore définitivement fixée. En France certains chirurgiens recommandent la recherche de l'appendice si la malade présente quelques signes d'appendicite, mais ils ne résèquent cet organe que s'il offre des lésions appréciables.

Pour l'auteur, l'exploration de l'appendice doit toujours être pratiquée au cours des laparotomies : l'incision médiane suffit, celle de Roux ne s'impose que quand il y a un foyer purulent. Quant à la position de Trendelenburg, loin de rendre la recherche de l'appendice difficile, elle permet de le trouver encore plus facilement, puisqu'il ne se trouve plus enfoui dans la masse intestinale.

La résection de l'appendice s'imposera : 1° Dans ses malformations (torsions, coudures, rétrécissements, excès de longueur, brièveté du méso). 2° Dans ses lésions (adhérences, sensation kystique, corps étranger, arborisations vasculaires intenses sur la surface séreuse).

Le pronostic des laparotomies pour annexites suivies ou non d'appendicectomies, n'est pas aggravé par la recherche de l'appendice : quant aux douleurs, elles ont toujours disparu complètement à la suite des opérations et la malade n'est plus exposée à l'appendicite.

Quant au procédé opératoire à choisir pour la résection de l'appendice, c'est celui, dit à manchettes, qui paraît le plus recommandable.

L. WEBER.

V. Truelle. — ÉTUDE CRITIQUE SUR LES PSYCHOSES DITES POST-OPÉRATOIRES. (*Thèse de Paris*, 1897-1898.)

Les faits de troubles mentaux à la suite des opérations chirurgicales ont été relevés en grand nombre, ce qui a amené certains aliénistes à admettre des psychoses post-opératoires.

L'auteur tend à démontrer que, dans une opération, interviennent de trop nombreux facteurs (anesthésie, choc opératoire, ablation d'organes importants, frayeur, etc.), pour qu'on puisse créer une classe à part de psychoses post-opératoires.

Du reste, ces psychoses sont moins fréquentes qu'il semblerait à première vue. Si, en effet, les statistiques indiquent comme chiffre moyen 1 à 2 délires sur 100 interventions, il faut en distraire



bon nombre de cas dont l'origine directe peut être trouvée en dehors de l'opération (alcoolisme, démence sénile, hystérie) ou dont le début a eu lieu trop longtemps après l'intervention pour pouvoir en toute sécurité incriminer celle-ci. Du reste, il résulte des observations recueillies que les psychoses dites post-opératoires n'ont pas de symptomatologie, ni d'évolution, ni de pronostic qui leur soient propres et qui permettent de leur faire une place à part dans la nosologie mentale.

Des deux causes occasionnelles qui semblent avoir un rôle prépondérant dans l'éclosion du délire, l'un tend actuellement à devenir de plus en plus rare (infection), l'autre est d'ordre purement moral (crainte de l'opération et des suites) ; cette dernière, poussée à l'extrême comme elle l'est dans plusieurs cas, est l'indice d'une prédisposition manifeste.

On trouve dans beaucoup d'observations des antécédents héréditaires et dans presque toutes celles qui sont complètes, des antécédents personnels, rappelant l'état mental des dégénérés et pouvant à eux seuls être l'origine des psychoses.

Les formes mêmes des délires observés peuvent être comparés à ceux décrits par M. Magnan chez les dégénérés.

L'acte opératoire, avec toutes ses suites normales ou ses complications, ne saurait de la sorte jouer qu'un rôle purement occasionnel, au même titre qu'un revers de fortune, un chagrin moral, une perturbation physique quelconque.

Il en résulte que la véritable cause, celle qui fait vraiment que l'opéré délire, semble résider ici, comme d'ailleurs d'une façon générale en aliénation mentale, dans les prédisposilions héréditaires ou acquises. On pourra donc intituler à juste titre ces cas de « psychoses *dites* post-opératoires »

L. Weber.

A. Castan. — LES MÉTRORRAGIES DES JEUNES FILLES. (*Thèse de Paris*, 1897-1898.)

Les métrorragies des jeunes filles sont le plus souvent d'origine toxhémique.

Cette pathogénie générale est indubitable et tout à fait directe quand on ne peut incriminer qu'une *lésion rénale*, la *chlorose*, la *coprostase*, la *tuberculose intra-génitale*, les *pyrexies infectieuses*, la *suppression brusque des règles*, l'*arthritisme*, *le saturnisme*.

Elle paraît encore probable quand il s'agit de maladies du cœur, du foie; en effet, ce n'est pas seulement par leur action sur la circulation que ces maladies peuvent agir, puisque ce sont les premières phases, de bonne compensation, des affections cardiaques, qui sont surtout fertiles en accidents utérins, puisque ce sont « les lésions hépatiques entravant le moins cette circulation qui provoquent le plus la métrorragie » ; les cirrhoses n'en revendiquent qu'un petit nombre de cas ; en revanche, elle est fréquente dans l'ictère catarrhal, dont nous connaissons aujourd'hui l'origine nettement infectieuse : pour les faits consécutifs à la lithiase, il faut penser le plus souvent à un certain degré d'angiocholite infectieuse.

Quand l'hystérie est en cause, il est à penser qu'il s'agit d'hystérie toxique.

Se trouve-t-on en présence d'une lésion locale dont l'action est nettement prédominante, métrite, fibrome, la toxhémie peut n'en exister pas moins soit à titre adjuvant et d'une autre source, soit indirectement du fait de la lésion locale elle-même, les fongosités de la métrite, par exemple, provoquant la stase des sécrétions utérines, la déviation provoquant le même résultat ou l'arrêt de la circulation intestinale.

Ne trouve-t-on aucune cause pathologique, on peut admettre, avec Quenu, une suractivité de la sécrétion ovarienne, d'où, exagération de la vaso-dilatation.

Au cours des métrorragies types des jeunes filles, l'écoulement de sang ne s'accompagne souvent ni de douleurs, ni de leucorrée, ni d'aucun autre symptôme génital, et ce symptôme univoque coïncide au point de vue anatomique avec de simples infarctus sans hyperplasie glandulaire, ni aucune autre modification d'ordre inflammatoire ou néoplasique.

Comme conclusion : « C'est au traitement général que le praticien doit recourir dans la majorité des cas. L'hydrothérapie, sous toutes ses formes, avec massage et brossage de tout le corps au gant de crin constitue une excellente manœuvre. Les bains de mer ont une heureuse influence, et l'on peut, en dépit de l'hémorragie, y habituer progressivement les malades, mais en usant d'une extrême prudence, pour ne pas produire l'arrêt brusque des règles. Les eaux chlorurées sodiques de Salies-de-Béarn et de Biarritz ont pu avoir raison même d'hémorragies fibromateuses : elles constituent, au surplus, une médication générale antiinfectieuse de premier ordre.

Il est presqu'inutile de dire que l'exercice modéré, même l'usage de la bicyclette, la gymnastique et la vie au grand air sont des conditions hygiéniques éminemment favorables.

On peut concurremment instituer un traitement interne, fer, arsenic, iodure, malgré leur action vaso-dilatatrice, régulariser les fonctions digestives, établir un régime alimentaire et, surtout, combattre la constipation : l'usage de purgatifs salins longtemps continués à petites doses, l'emploi fréquent des lavements paraissent devoir être conseillés dans tous les cas. Il y aurait peut-être lieu dans les formes nettement infectieuses, telles que les types scrofuleux, de mettre en œuvre la médication antiseptique générale, injections huileuses de biiodure d'hydrargyre à 4 milligrammes et iodoforme à l'intérieur.

Enfin, il va sans dire que dans tous les cas de maladies du cœur, du foie, une médication appropriée doit être instituée.

P. Petit.

REVUE DES LIVRES

K. Strünckmann. — BACTÉRIOLOGIE DE L'INFECTION PUERPÉRALE. 1 vol. 8°. Berlin, 1898.

M. Strünckmann a eu l'heureuse idée de condenser en une courte brochure tout ce que nous savons sur la bactériologie de l'infection puerpérale ; à propos d'un cas de sa pratique personnelle, l'auteur passe en revue les documents bibliographiques sur la question ; l'ouvrage est complété par un index bibliographique qui ne compte pas moins de 156 numéros.

De l'ensemble des recherches de l'auteur, on peut dégager les conclusions suivantes :

Dans la plupart des cas (40 %) le Streptococcus pyogenes est l'agent le plus fréquent de l'infection, mais ce n'est pas un rôle spécifique. Le second rang appartient au Staphylocoque qui fréquemment s'associe au précédent.

En outre, on peut observer les associations les plus variées, ainsi que le montre la statistique suivante :

Sur 77 cas d'injection puerpérale non mortelle, on compte :
35 cas à Streptocoque.
13 cas à Streptocoque et à Bacterium termo.
1 cas à Staphylocoque et à Streptocoque.
1 cas à Staphylocoque et à Bacterium termo.
2 cas à Bacterium termo et à Sarcine.
1 cas à Bacterium termo pur.

On remarquera, à ce propos, que l'infection à Streptocoque n'est pas fatalement mortelle, mais peut guérir aussi bien que celle à Staphylocoque ; les recherches de Burginsky, de Pichevin et Auguste Pettit, etc. (1) ont d'ailleurs montré que le Staphylocoque peut acquérir une virulence aussi grande que le Streptocoque et par conséquent être aussi redoutable.

Comme autres germes pathogènes, il faut citer :

A. Le Bacterium coli-commune.

Albarran et Hallé ont décrit 2 cas de paramétrite due au Bacterium coli-commune ; depuis, nombre de faits semblables ont été signalés par divers auteurs, Chantemesse, Widal et Legry, Winckel, Franqué, Kroenig, Hartmann et Morax, Winter, Mironow, Fraenkel, etc... ; d'autre part, Einsechart, Schwarz, Gethard, Kronig, etc., ont observé le Bacterium coli associé à d'autres formes microbiennes.

2° Gonocoque. C'est à Noeggerath que revient le mérite d'avoir mis en lumière le rôle pathogène du Gonocoque au point de vue des infections puerpérales.

Sänger a pu depuis constater que sur 230 affections gonococciennes des annexes et du péritoine 135 cas étaient imputables à la puerpéralité.

3° Bacille tétanique.

Chantemesse et Widal ont signalé une infection puerpérale à bacille tétatinique. Heyse en a observé un cas mixte. Walko, enfin, vit mourir trois Femmes de cette même affection.

Depuis, on a publié de nombreuses observations, mais dans aucune, le côté bactériologique n'a été suffisamment approfondi ; d'après une statistique de Vinay, sur 106 cas, on compte une mortalité dè 88,67 %.

3° Bacille de Lœffler.

Jusqu'à présent on ne connaît qu'un cas indiscutable d'infection puerpuérale causée par le Bacille diphthéritique. On doit cette observation à Bumm.

4° Scarlatine.

Enfin, divers auteurs, Meyer, Rewers. Runge, Muller, Ahlfeld, Guéniot, Dumon ont incriminé l'agent pathogène de la scarlatine.

(1) Congrès de Gynécologie de Bordeaux, 1895.

Tout ouvrage dont il sera envoyé deux exemplaires sera annoncé et analysé s'il y a lieu.

R. PICHEVIN, *Directeur-Gérant.*

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE DAIX FRÈRES.
Maison spéciale pour Journaux et Revues.



SOMMAIRE

CYSTO-FIBROMES ET CYSTO-SARCOMES DE L'UTÉRUS

Transformations des fibromes (*Fin.*)

Par le Dr H. DURET, ex-chirurgien des Hôpitaux de Paris, Professeur de Clinique chirurgicale.

—

V. — Après ces études anatomiques, il est très important d'arriver à quelques déductions cliniques et diagnostiques. La reconnaissance, au lit des malades, des cysto-fibromes peut être faite, (et nous y sommes arrivés à plusieurs reprises), en se basant sur les caractères suivants :

Les cysto-fibromes et les cysto-sarco-myomes sont des tumeurs à évolution rapide. Ils atteignent un volume considérable en 6 mois, 8 mois ou deux ans.

Leur constatation est souvent précédée de la connaissance de l'*existence antérieure d'une tumeur solide, d'un myome à accroissement lent.*

Ils ont ordinairement un développement à la fois abdominal et pelvien. Ils peuvent occuper toute la cavité péritonéale et soulever les hypochondres ; ils déforment la courbe de la paroi par de grosses bosselures, et peuvent donner l'aspect d'un ventre de polichinelle, d'un ventre en besace ; parfois ils écartent les deux flancs. En un mot l'abdomen n'est pas ordinairement soulevé ou étalé régulièrement comme dans les kystes ou les tumeurs polykystiques de l'ovaire. Il y a souvent œdème et formation de gros lascis veineux dans les parois. — Du côté pelvien, ces tumeurs dépassent l'utérus en avant ou sur les côtés, l'élèvent ou l'abaissent : elles s'insinuent entre les feuillets des ligaments larges, font saillie dans le vagin ; et bientôt remplissent toute la cavité osseuse, où elles sont immobilisées.

Un des traits les plus pathognomoniques consiste dans la constatation, par la palpation abdominale, de l'existence des bosselures, des masses manifestement dures du fibrome, avec des parties molles, nettement fluctuantes, kystiques. Pour peu que les cavités kystiques soient étendues et aient des parois minces, on obtient nettement, dans les régions qu'elles occupent, la sensation de flot par la chiquenaude.

Par le toucher vaginal, lorsqu'une partie de la tumeur est pelvienne ; on peut aussi trouver des masses dures ou des bosselures fluctuantes. Ordinairement l'utérus est immobilisé. Quelquefois la paroi vaginale est dédoublée par l'envahissement du néoplasme.

Lorsque la tumeur est mobilisable dans l'abdomen, on constate qu'elle entraîne l'utérus.

Celui-ci est très développé. L'*hystérométrie* est un mode d'exploration des plus importants pour le diagnostic. Ordinairement la tige de l'instrument pénètre à une grande profondeur : il n'est pas rare de trouver à la mensuration 12, 15, 18 centimètres, et même plus. Non seulement la hauteur, mais aussi la largeur de l'organe est accrue. La direction de la tige indique sa déviation.

Dans les tumeurs ovariennes, on ne rencontre pas un tel agrandissement de la cavité utérine.

Certaines de ces tumeurs offrent à l'auscultation, un souffle vasculaire intense (fibro-myômes telangiectasiques).

Les symptômes fonctionnels consistent en des douleurs par compression, des sensations de pesanteur, de la gêne à la marche, de l'essoufflement, des palpitations et de l'hypertrophie cardiaque, lorsqu'elles deviennent volumineuses. On constate aussi des métrorrhagies ou des hémorrhagies abondantes, (mais elles font défaut dans quelques cas), des écoulements leucorrhéiques profus, et parfois fétides. Les malades maigrissent, deviennent anémiques et perdent leurs forces. On peut parfois constater des signes de généralisation, en particulier du côté des poumons.

Lorsque, chez une femme ordinairement multipare, qui a dépassé la ménopause, portant antérieurement un fibrome, qui n'a donné lieu le plus souvent qu'à quelques métrorrhagies, on constate l'accroissement rapide de la tumeur, le retour des écoulements hémorrhagiques ou leucorrhéiques abondants, des troubles urinaires, de l'albuminurie, des douleurs dans les membres inférieurs, de l'œdème, de l'amaigrissement et de l'affaiblissement, il faudra penser aux cysto-fibromes, ou tout au moins aux myômes à accroissement rapide et devenus malins.

Pour le diagnostic de ces tumeurs, il y a lieu de tenir compte des dispositions topographiques, variables, qu'elles peuvent présenter, et sur lesquelles nous avons insisté à propos de l'anatomie pathologique : cystofibromes pédiculés, insérés sur le fond de l'utérus ; cystofibromes implantés sur toute la face postérieure de cet organe, proéminant dans le Douglas, mais le repoussant en avant, sans que d'ailleurs la cavité ait subi une augmentation de volume notable ; cystofibromes constitués d'un côté ou en bas par un gros fibrome, et dans le reste de l'abdomen par un vaste kyste, simulant la coexistence d'un fibrome et d'un kyste ovarien ; cystofibromes totaux à développement à la fois abdominal et pelvien, remplissant la cavité osseuse, dédoublant les ligaments larges, faisant saillie dans le vagin ; cystofibromes polypeux à masse intra-utérine ou à la fois intra-utérine et intra-vaginale, etc.

Les *cysto-fibromes* de l'utérus sont souvent confondus avec les *cancers* du corps de l'utérus, à cause des écoulements sanguins, noirâtres, fétides, ou hémorrhagiques auxquels ils donnent lieu. Il est bon à ce propos de signaler qu'il existe, mais très rarement (2 fois sur 14 d'après Terrillon), des cas de sarcomes et de cysto-sarcomes utérins d'emblée, c'est-à-dire qui n'ont pas été précédés de la préexistence d'une tumeur fibreuse.

Lorsqu'ils s'accompagnent de formations kystiques étendues, avec fluctuation nette et propagée à distance, on a cru à des *kystes* ou à des *poly-kystes de l'ovaire*. Mais, dans le premier cas, on ne constate pas ordinairement à l'hystéromètre, de développement prononcé de l'utérus ; dans le second, les gateaux polykystiques n'ont pas la dureté et la forme sphéroïdale des fibrômes utérins.

Les myômes mous, gélatineux, à géodes, prêtent à confusion ; mais la fluctuation y est moins nettement précise. On n'y sent pas le flot.

Les *sarcômes de l'ovaire* peuvent être creusés de grandes géodes, de cavités kystiques, comme nous en avons observé un cas : mais, alors, l'hystéromètre ne pénètre pas profondément dans la cavité utérine.

VI. — Au point de vue du traitement, il y a lieu d'émettre les considérations suivantes.

Quand un fibrôme utérin prend un accroissement plus ou moins rapide, il est nécessaire de l'opérer. D'après les données anatomiques que nous avons exposées, cela indique qu'il va évoluer vers les transformations myxomateuses, sarcomateuses, accompagnées ou non de cavités kystiques. Ce n'est pas à dire pourtant qu'il se transformera en sarcôme : car les modifications peuvent avoir pour résultat la surperproduction de fibres-cellules musculaires lisses, mais on peut affirmer qu'il tend vers la malignité, la diffusion, l'envahissement et même, dans quelques cas, la généralisation. Ce serait une grave erreur de compter sur la *ménopause* pour arrêter l'accroissement du néoplasme. Jacobs, de Bruxelles, en 1893, au Congrès de chirurgie, prétendait que la plupart des fibrômes subissent une évolution maligne à cette époque. Péan, dans les mêmes circonstances, donne sa statistique qui établit que sur 250 opérées, il en compte 30 de 20 à 30 ans ; 70 de 30 à 40 ; 100, de 40 à 50 ; et 10, de 60 à 90. Ce qui prouve que



l'*âge dit critique* est aussi celui, où la nécessité d'interventions pour fibromes, s'est le plus souvent présentée. Ce même chirurgien dit plus loin que, chez six de ses malades, il trouva un épithélioma en même temps que des fibrômes : chez deux d'entre elles le cancer occupait le corps, et chez quatre, le col de cet organe. Nous avons, nous-mêmes, dans deux cas de fibromes volumineux et anciens, trouvé un épithélioma étendu de l'isthme cervical, qui n'était pas visible par l'examen au spéculum. Ajoutons encore que ces tumeurs, lorsqu'elles sont volumineuses, anciennes, provoquent assez souvent des troubles urinaires, de l'albuminurie, des affections cardiaques, et nombre de complications inflammatoires ou dégénératives du côté du péritoine ou des annexes.

Il y a des *degrés* dans la malignité des fibromes qui progressent rapidement. Dans le plus grand nombre des cas, celle-ci *reste purement locale*. Elle consiste dans un accroissement de volume incessant, avec les inconvénients qu'il entraîne, tels que compression, gêne des fonctions digestives et urinaires, douleurs nerveuses, troubles de la circulation, dilatations veineuses, œdèmes, ascites, etc.., ou dans l'envahissement des régions voisines, cavité pelvienne, ligaments larges, adhérences d'aspect néoplasique à l'épiploon, à l'intestin, à la vessie, aux parois abdominales.

Quelques faits plus rares, montrent que la malignité peut être plus grave, plus générale, et se caractérise par l'apparition de noyaux néoplasiques dans l'épiploon, le péritoine et la séreuse intestinale, ou même par la généralisation du fibromyome dans les poumons, le foie ou les reins.

Il est évident que, dans le premier groupe de faits, l'intervention chirurgicale est de mise et doit être conseillée malgré ses difficultés. Les malades de Fochier, citées par Paviot et Bérard, ont été revues 14 mois ou deux ans après l'opération, ne présentaient aucune trace de récidive et jouissaient d'une excellente santé. Dans son mémoire de 1890, à la Société de chirurgie, sur les sarcomes et les cysto-sarcomes de l'utérus, Terrillon est beaucoup plus sombre dans son pronostic, car il dit : « Après l'ablation, la récidive est la règle: survenant en général au bout de 6 à 8 mois, elle a mis dans une de mes observations, deux ans avant de se produire. Si l'organe atteint de sarcome n'est pas enlevé en totalité, c'est dans le moignon qu'aura lieu la nouvelle évolution néoplasique ; d'autres fois, ce sera dans les parties voisines. Chez une de mes malades, c'est le poumon qui fut pris, car le sarcome n'attaque pas les ganglions... Cette question de la récidive est admise par les chirurgiens qui ont opéré de semblables tumeurs. Si l'on cite quelques exemples de sarcome de l'utérus sans récidive rapide, c'est qu'il s'agissait de la forme rare de sarcomes durs, fasciculés, et à développement lent..... Le sarcome de l'utérus est donc une affection maligne au plus haut degré, et d'une évolution rapide... ». — Nous pensons que cet habile chirurgien est tombé sur une série de cas extraordinairement graves, et qu'il n'envisage qu'un groupe de néoplasmes particuliers.

Les premiers opérateurs qui intervinrent dans les cystofibromes utérins, Thornburn, Spencer Wells, Routh, Kœberlé, Péan, firent l'ablation de ces tumeurs en les pédiculisant autant que possible par des ligateurs à fil de fer, et fixèrent le pédicule à l'extérieur. Dans un cas où la cavité kystique principale proéminait dans le vagin, Péan se contenta de l'incision et du drainage.

Aujourd'hui, les progrès des opérations abdominales, permettent de dire, qu'il faut dans tous ces cas avoir recours à l'*hystérectomie abdominale totale*. On ne laisse pas de moignon, et on est ainsi à l'abri de la récidive dans le pédicule. Les opérateurs contemporains, en possession de méthodes plus rapides et plus sûres, devenus plus habiles, ne redoutent plus l'extirpation complète de l'organe malade. C'est une plus grande chance de guérison radicale.

Il importe cependant de faire remarquer que les méthodes ordinaires d'hystérectomie abdominale totale, sont insuffisantes dans les cas où les cysto-fibromes volumineux sont enclavés dans le bassin, ou ont poussé des prolongements dans les ligaments larges et dans le tissu cellulaire pelvien. On devra alors avoir recours au *morcellement in situ*, comme dans les cas suivis de guérison dont nous avons parlé au début de ce travail. On diminue d'abord le volume de la tumeur par l'incision et l'évacuation des kystes: puis, on morcelle les cloisons et les masses fibreuses par des sections successives, soit transversales, soit obliques, soit antéro-postérieures. Lorsqu'il ne reste plus qu'un moignon dans la cavité pelvienne, on divise celui-ci par section médiane, et on enlève successivement chacune des deux moitiés, pinçant et liant les artères utérines de chaque côté. Il faut s'attendre à des difficultés spéciales tenant aux adhérences épiploïques, intestinales ou pariétales ; celles-ci sont épaisses et d'apparence néoplasique. On peut cependant réussir dans l'ablation complète et obtenir la guérison, malgré la gravité de l'intervention.

VII. — *Conclusions.*

1° Les fibromes utérins ne sont pas toujours des tumeurs bénignes.

2° Ils prennent, dans un certain nombre de cas, un accroissement rapide et des caractères de malignité, particulièrement à l'époque de la ménopause ou quelque temps après, plus spécialement chez les nullipares, ou chez les Femmes qui ont eu peu d'enfants.

3° Cette évolution vers la malignité se caractérise anatomiquement par l'augmentation de volume, la néoformation dans les tumeurs, de foyers, d'îlots gélatiniformes, myxomateux, d'aspects sarcomateux, et par la production de géodes multiples, de lacunes, de cavernes ou de cavités kystiques, donnant naissance à ces variétés de tumeurs qu'on a décrites sous les noms, de fibromes mous, infiltrés, gélatineux, fluctuants, ou de cysto-fibromes et de cysto-sarcomes. Ces diverses transformations des fibrômes forment une *échelle* ou *graduation continue*, qui commence par une suractivité, une hyperplasie dans le néoplasme, et qui produit successivement de l'œdème, des cavernes, des cellules myxomateuses, des cellules rondes et des cellules fusiformes, et celles-ci, en définitive, donnent naissance à de nouvelles fibres-cellules musculaires, avec une abondance excessive.

D'après Paviot et Bérard, il s'agirait alors de myômes devenus malins, de *cancers musculaires lisses*. Les géodes et les cavités kystiques ne seraient que des épiphénomènes de cette évolution.

4° La malignité des fibromes transformés *a des degrés divers*: le plus souvent locale, elle ne dépasse pas l'utérus et les régions voisines. Dans quelques cas plus rares, on observe la généralisation dans le péritoine, dans le poumon, ou dans quelques viscères. (Cas de Condamin, Gouillioud, Duplan et Langerhans).

5° Les fibromes transformés, les cysto-fibromes, dont l'évotion n'est pas suivie de généralisation, doivent être extirpés par l'hystérectomie abdominale totale, on par le morcellement in situ. La guérison opératoire est obtenue, et le récidive n'est pas fatale.

DE LA TORSION DU PÉDICULE

dans les Kystes de l'Ovaire,

Par le Dr A. Finaz, de Lyon.

Historique. — Rokitansky est le premier en 1841 à avoir décrit cette complication des kystes ovariens, mais son meilleur mémoire date seulement de 1865 (*Zeitschfrit der k. k. Gesellschaft der Aerzte Wien.*). La littérature médicale allemande présente de nombreux travaux sur ce sujet, et notamment ceux de Olshausen (Compendium de Billroth et Lücke), Fränkel (*Archives de Virchow*, tome XCI), Eurio et Ritter (*Berlin. klin. Woch.*, 1890 — *Centralblatt für Gynæcologie*, 1891). Les études des Anglais ou Américains, Lawson Tait (Traité des maladies des ovaires, 1879), Spencer Wells (id., 1883), Thornton (*American journal of the medical sciences*, 1888), Cumston (*Annales Gynécologique de Boston*, 1896) contribuèrent aussi à éclairer le débat. En France, les premiers travaux sur la

torsion du pédicule sont dus à Vercoutre (*Revue de Médecine Militaire*, 1879) ; puis il faut citer le remarquable article de Terrillon (dans la *Revue de Chirurgie* de 1887), les communications de Boursier (Congrès de Chirurgie de 1892), de Briffin (Congrès pour l'avancement des sciences tenu à Besançon en 1893). Plusieurs thèses portent sur ce sujet ; néanmoins celles de Parizot (1866), Mouls (1890), Guichard (Lyon, 1895), Seveno (Bordeaux, 1897), Kisseloff (1897), Mouthon (1897).

Etiologie et Pathogénie.— La torsion peut se produire dans n'importe quelles tumeurs, pourvu qu'elles soient mobiles et aient un pédicule susceptible d'être tordu, a dit avec raison Lawson Tait. Toutefois Pozzi incrimine surtout les kystes dermoïdes à cause de leur poids considérable sous un petit volume ; certaines statistiques lui donnent raison, comme celle de Thornton, où sur 57 cas de torsion, on trouve 8 kystes dermoïdes, alors que sur 100 kystes de l'ovaire on n'en compte guère plus de trois dermoïdes. Nos recherches personnelles aboutiraient, au contraire, à une conclusion inverse.

On admet généralement que la torsion pédiculaire atteint 6 à 7 kystes sur 100 ; Rokitansky l'avait observée dans 13,8 sur 100. Cette diminution sur une statistique ancienne tient sans aucun doute à la vulgarisation de l'ovariotomie, que l'on fait maintenant dès que le kyste est reconnu, et sans attendre les graves accidents que sa présence peut provoquer.

Les causes proprement dites de la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire peuvent se distinguer en causes favorisantes et occasionnelles.

A) Causes favorisantes : Ce seront surtout la mobilité de la tumeur, un petit volume facilitant ses déplacements, la longueur et l'élasticité du pédicule. Dans cette classe il faut encore faire rentrer les alternatives de réplétion et de déplétion de la vessie et surtout de l'intestin auxquelles Lawson Tait attache tant d'importance ; — le développement d'une tumeur au voisinage du kyste, notamment l'utérus en gestation, sur le rôle duquel nous reviendrons plus loin ; — la saillie du promontoire qui, d'après Parizot, opposent une résistance à la sortie du kyste du petit bassin pourrait le dévier et lui faire exécuter une rotation (?) ; — la double pression s'exerçant d'après Potherat en deux points opposés de la surface sphéroïde du kyste, l'une antéro-inférieure exercée par la paroi abdominale, l'autre postéro-supérieure exercée par le diaphragme et les intestins, pression qui forcerait la tumeur à se déplacer en exécutant un mouvement de rotation sur elle-même.

B) Causes occasionnelles : Les principales sont le traumatisme ;— le fait de soulever un fardeau ; — les manœuvres de l'exploration médicale ;— la ponction du kyste ; — les changements brusques de position et notamment, d'après Potherat, le passage de la station debout à la position accroupie.

Enfin il arrive fréquemment que les symptômes éclatent spontanément, c'est-à-dire sans cause occasionnelle appréciable.

C) Rôle causal de l'état puerpéral : Thornton a remarqué que la torsion s'observe plutôt chez les femmes qui ont eu des enfants que chez les nullipares. Rien d'étonnant à cela : dans la gestation, la tumeur subit des déplacements importants de la part de l'utérus. D'abord logée dans l'excavation pelvienne, elle s'élève au-dessus du détroit supérieur, se jette de côté, se met en arrière de l'utérus. Après l'accouchement, elle exécute des mouvements en sens inverse ; cela lui est alors d'autant plus difficile que la paroi abdominale est distendue par la gravidité. Aussi est-ce surtout et presque uniquement à ce moment que se font les torsions.

Anatomie pathologique du pédicule normal : Le pédicule des kystes ovariques, d'une longueur et d'une largeur très variables, est constitué aux dépens du ligament de l'ovaire, de la trompe et du ligament large. On y trouve encore des vaisseaux, des lymphatiques et des nerfs.

Les veines prennent quelquefois la grosseur des intestins du lapin, dit Spencer Wells ; leurs parois sont remarquables par leur minceur et leur intime adhérence aux tissus voisins. Si l'on joint à cela qu'elles occupent la périphérie du pédicule, on comprendra facilement qu'en cas de torsion, l'arrêt de la circulation se fera plus vite en elles que dans les artères. Celles-ci sont moins volumineuses ; elles ne peuvent guère excéder le calibre de l'humérale. Les nerfs sont aussi assez petits ; cependant Olshausen en a trouvé un du calibre du cubital.

Lésions produites par la torsion : *A) Lésions du pédicule* : Les auteurs ne s'accordent pas sur le sens de la rotation. Ils se sont peu occupés de son siège ; il semble qu'il soit le plus souvent tout près de la corne utérine. Le nombre de tours de spire varie de 1/2 à 6, les torsions les plus fréquentes sont de 2 à 3 tours.

Les lésions proprement dites du pédicule sont tantôt de la simple congestion se traduisant par une coloration rouge vineuse, tantôt de la gangrène caractérisée par une teinte grisâtre feuille morte. Il est œdématié au point d'augmenter sensiblement de volume ; il est friable et peut même se rompre. Enfin, lorsque la torsion remonte à longtemps, il n'est pas rare de voir à son niveau, à la place du tissu normal du pédicule, une cicatrice fibreuse et blanchâtre.

B) Lésions du kyste : Le contenu du kyste est un liquide brunâtre de couleur chocolat, ou rappelant le méconium, présentant quelquefois une odeur franchement gangréneuse ; c'est qu'au contenu ordinaire de ces tumeurs, s'est joint du sang plus ou moins altéré. Il arrive aussi que le liquide intra-kystique garde sa coloration normale ; il s'agit alors de torsions trop lâches pour gêner la circulation et qui ne s'accompagnent généralement pas des symptômes classiques décrits plus loin.

La paroi peut prendre des aspects différents suivant les cas. Si la circulation a été complètement arrêtée dans les veines et les artères, et s'il ne se crée pas d'adhérences amenant de nouveaux vaisseaux à la tumeur, il y a sphacèle traduit par une teinte ardoisée, débutant au point le moins irrigué. Si la torsion est moins brusque et moins complète, la circulation est arrêtée dans les veines seulement et le sang continue d'affluer par les artères ; il se fait une hémorrhagie intra-kystique ou intra-pariétale donnant à la tumeur un aspect brunâtre. Enfin la circulation peut être simplement gênée dans les veines et alors il se fait une exsudation sérosanguine, dans l'intérieur et à la surface du kyste ; cet exsudat gonfle les parois et favorise la production d'adhérences.

Nous avons envisagé l'éventualité de la rupture du pédicule par sphacèle, au-dessus du siège de l'étranglement. Dès lors, que devient le kyste libéré ? On peut le voir se ratatiner, se dessécher et aboutir à l'atrophie par régression ; il peut encore reprendre vie grâce à des adhérences richement vascularisées ; enfin, il peut se sphacéler, c'est même la terminaison la plus fréquente.

C) Lésions du péritoine : Au moment où l'on fait la laparotomie, le péritoine présente souvent de la sérosité rosée, il y a donc commencement de péritonite. D'autres fois le processus irritatif aboutit à la formation d'adhérences, entre le kyste d'une part et l'intestin, la paroi abdominale, l'épiploon d'autre part. Enfin, dans les cas de rupture ou de sphacèle de la tumeur, on observe les lésions de la péritonite aiguë.

D) *Lésions de voisinage*. — On a signalé la torsion de la trompe, de l'utérus, d'une anse intestinale s'enroulant autour du pédicule, par suite d'adhérences avec lui. Il n'est pas très rare non plus d'observer de la thrombose ; partie des veines du pédicule, elle s'étend aux veines du ligament large et va même jusqu'à l'iliaque interne et jusqu'à la fémorale.

Symptômes et terminaisons : Avant de tracer ce chapitre, rappelons que si la torsion donne lieu aux accidents très nets que nous allons décrire, il arrive souvent aussi qu'elle n'a pas de retentissement sur l'économie ou qu'elle occasionne simplement des douleurs passagères et fugitives que l'on ne songe pas à rapporter à leur véritable cause.

Début : La malade éprouve d'abord une sensation de déplacement dans le bas-ventre, de déchirement interne qui correspond quelquefois à un véritable déplacement de la tumeur facilement appréciable. Puis apparait la douleur : celle-ci, primitivement localisée à l'ovaire malade, s'étend bientôt à tout l'abdomen et présente des irradiations dans le rein et la cuisse du côté correspondant. Elle est particulièrement violente et quelquefois syncopale.

Les vomissements apparaissent à peu près en même temps ; muqueux au début, ils ne tardent pas à devenir verdâtres. La respiration prend le type costo-supérieur. Le facies est grippé. On note souvent une constipation opiniâtre. Le pouls devient

fréquent, petit, filiforme ; on compte couramment de 100 à 110 pulsations. Enfin, la malade présente de la température, ordinairement de 38° à 39°.

L'existence de la fièvre au début est niée dans tous les travaux que nous avons consultés et nos devanciers se fondent même sur cette apyrexie prétendue pour expliquer les phénomènes initiaux par l'irritation des nerfs du kyste, par le péritonisme en un mot. Or, dans tous les cas où les malades qui font l'objet de nos observations ont pu être observées au moment même de la torsion pédiculaire, ou très peu de temps après, elles présentaient de la température. Nous croyons donc qu'il faut rejeter l'expression du péritonisme en cette occasion et admettre qu'il se fait bel et bien d'emblée une péritonite à réaction modérée.

Au tableau des phénomènes initiaux, Mouls, dans sa thèse inaugurale, ajoute deux signes qu'il considère comme très importants et qu'il a constatés deux fois. Ce sont l'ondulation en masse de la tumeur synchrone de la pulsation artérielle et un souffle systolique au niveau du pédicule qui en imposa une fois à quelques auditeurs pour des battements fœtaux.

Si cette entrée en matière est à peu près constante, l'affection évolue ensuite dans un sens bien différent suivant que se produit l'une des trois éventualités que nous avons envisagées à l'anatomie pathologique.

A) *La circulation est complètement arrêtée dans les veines et les artères.* — A moins d'adhérences nouvelles, le kyste se sphacèle et arrive le plus souvent à la rupture. L'inflammation du péritoine en est la conséquence ; on voit alors la fièvre monter à 40° ou 41°, le pouls augmente encore de fréquence (120 à 140), le ventre est tendu, ballonné, sonore, l'exploration est impossible à cause de la douleur.

Un caractère spécial de cette péritonite est l'absence de microbes que l'on y observe assez souvent. Signalée dès 1886 par Schröder (*Centrablatt für Gynæcologie*), cette particularité a été constatée à nouveau et vérifiée par Hartmann et Morax (*Annales de Gynécologie* de 1894). Cette forme de péritonite a été heureusement dénommée par Jayle (Th. Paris, 1895), péritonite chronique, pour bien montrer que les accidents sont dus à la résorption par la séreuse de produits irritants par leur composition élémentaire. La fièvre, en ce cas, peut être comparée à ce que l'on a appelé la fièvre aseptique consécutive aux grands traumatismes (Gangolph et Courmont).

B) *La circulation est arrêtée dans les veines seulement* : L'afflux de sang continue à se faire par les artères et une hémorrhagie intra-kystique ou intra-pariétale est inévitable. On a les signes de l'hémorrhagie interne : pâleur des téguments, refroidissement des extrémités, pouls petit, convulsions, syncope finale ; si le kyste n'est pas trop considérable et surtout s'il ne se rompt pas dans le péritoine, ce qui permettrait un nouvel afflux de sang, la terminaison peut être moins dramatique et se borner simplement à une anémie profonde.

C) *La circulation est simplement gênée dans les veines* : il se fait une exsudation séreuse, puis sanguine à l'intérieur et à l'extérieur du kyste, travail qui gonfle ses parois et favorise la production d'adhérences. Cette péritonite adhésive est caractérisée par une douleur sourde, réveillée par la pression et les mouvements du corps. Appétit capricieux, nausées, alternatives de constipation et de diarrhée. Amaigrissement; cachexie qui en impose quelquefois pour une transformation maligne de la tumeur.

Terminaisons : La mort serait très fréquemment la conséquence de la torsion pédiculaire si l'on abandonnait les malades à elles-mêmes. En effet, la péritonite aiguë, l'hémorrhagie interne, la péritonite chronique et sa cachexie secondaire, qui sont les principales conséquences de l'étranglement du kyste, sont des affections dont la gravité est universellement reconnue. Et ce ne sont pas là seulement les causes de l'issue fatale ; celle-ci peut être due à des complications inattendues. Telle l'occlusion intestinale, telle encore l'embolie pulmonaire, dont le mécanisme a été expliqué à l'anatomie pathologique.

Cependant la torsion pédiculaire a souvent une issue plus heureuse. Tout d'abord la péritonite peut se limiter, surtout si l'on intervient à temps. Il arrive aussi que l'hémorrhagie intra-kystique reste dans des proportions compatibles avec la vie et que la malade, après une période d'anémie profonde, revienne peu à peu à la santé. Enfin et plus souvent la péritonite adhésive peut aboutir à la formation d'adhérences solides qui se vasculariseront et formeront de nouveaux modes de nutrition du kyste. Celui-ci pourra dès lors se passer de l'apport sanguin qui lui était fourni par le pédicule avant son étranglement.

Il peut même arriver que la torsion pédiculaire soit un heureux événement : nous voulons parler des cas où elle a amené la guérison du kyste par régression spontanée débutant par la dégénérescence graisseuse et se terminant par l'atrophie de la tumeur. Ces terminaisons sont absolument exceptionnelles, nous n'avons pu en trouver que quatre exemples dans les travaux de nos devanciers ; un appartient à Breisky (*Prag. med. Woch.*, 1879) ; un à Olshausen ; un à Wert (*Zeitsch. f. Gyn.*, 1883) ; un à Bennett. Nous en apportons un inédit : il s'agit d'une malade chez laquelle on fit peu après la torsion, une ponction exploratrice pour éclairer le diagnostic ; peu après la tumeur subit une diminution telle, que l'opération fut renvoyée dans l'espoir d'une régression spontanée. Depuis, la malade devint enceinte, accoucha normalement, et le kyste s'est converti en un petit moignon dur et indolore.

Telle est l'évolution la plus classique de l'affection qui nous occupe ; il est une autre forme assez fréquente dans laquelle des accidents de torsion se répètent à diverses reprises. Tantôt les crises surviennent à l'occasion des règles, tantôt elles se produisent à intervalles irréguliers. Deux hypothèses sont faisables : ou la torsion pédiculaire disparaît après chaque crise pour reparaître au moment de la crise suivante, ou bien au contraire la torsion ne fait que s'augmenter par poussées successives, au moment de chaque période d'accidents.

La dernière supposition nous semble la plus vraisemblable pour les raisons suivantes : d'abord les symptômes s'aggravent et les crises augmentent de durée au fur et à mesure qu'elles se reproduisent. En outre, après ces crises, il n'est pas rare de voir la tumeur s'immobiliser et si l'on opère immédiatement après une exacerbation, on constate des adhérences déjà fortes et qui ont été incapables de se former récemment.

Diagnostic.— Est fort difficile, sur les 13 cas d'étranglement observés par Rokitansky 8 ne furent trouvés qu'à l'autopsie. Le problème diffère suivant que le praticien connaît ou ignore l'existence du kyste.

A) *L'existence du kyste est connue* : Etant donnée une tumeur de l'ovaire, mobile jusqu'alors, à accroissement lent, sans phénomènes douloureux, et qui tout à coup augmente rapidement de volume, devient brusquement douloureuse, s'immobilise, s'accompagne de vomissements et des phénomènes généraux décrits plus haut, on peut diagnostiquer l'étranglement. Mais il est impossible de préciser si celui-ci est dû *à la torsion du pédicule* ou *à une bride fibreuse*.

On peut aussi hésiter à rapporter les accidents soit à *une rupture du kyste*, soit *à la torsion du pédicule* ; dans les premiers cas la réaction du péritoine est beaucoup moins vive et il est rare que l'on trouve le début bruyant signalé à propos de la torsion. En outre, celle-ci s'accompagne de l'augmentation de volume de la tumeur ; dans celle-là il y a affaissement du kyste.

B) *Le kyste n'est pas connu* : On pourrait songer à l'étranglement interne, l'hématocèle péri-utérine, l'hydronéphrose, la péritonite.

Dans l'étranglement interne, les symptômes du début, douleur subite, vomissements muqueux sont les mêmes ; mais après quelque temps, cette affection se caractérise par un ballonnement considérable du ventre, des vomissements très fréquents et fécaloïdes, une constipation absolue et l'absence d'émission de gaz.

La confusion n'est possible avec *l'hématrocèle péri-utérine* que si la torsion se produit au moment des règles.

Au début tout diagnostic est impossible, car l'on sent dans les deux cas un empâtement de la région ; mais si l'on attend quelque temps on voit que la tumeur formée par l'hématocèle est rarement limitable comme un kyste ovarique ; sa consistance d'abord élastique, devient compacte, pâteuse et même ligneuse ; la palpation donne quelquefois de la crépitation ; l'hématocèle est exclusivement une affection de la vie génitale ; or nous avons vu la torsion se produire chez une malade âgée de 73 ans, chez une autre de 54 ans.



L'hydronéphrose est souvent congénitale, ou succède à une colique néphrétique, ou à un rein mobile. La tumeur a un siège lombaire, subit une évolution descendante et latérale. Alternatives d'augmentation et de diminution, ces dernières coïncidant avec une évacuation abondante d'urine limpide.

Pour reconnaître *la péritonite par perforation*, il faudra examiner soigneusement les organes abdominaux et interroger la malade sur ses antécédents, afin de rapporter la phlegmasie à sa véritable cause. En outre dans les cas de perforation, la température initiale est ordinairement plus élevée (40° ou 41°) ; on observe d'emblée un ballonnement considérable et général avec du tympanisme.

Le diagnostic avec *la péritonite puerpérale* est encore plus difficile. A. Lawrence (*Annales de Gynécologie*, novembre 93), rendant compte de dix ovariotomies post-partum pour kystes rompus ou tordus, dit qu'il y avait du liquide libre dans la cavité abdominale qui masquait le kyste et que les dix fois on crut à des péritonites puerpérales.

Traitement. — Les accidents produits par la torsion du pédicule dans les kystes ovariens sont assez graves pour nécessiter une intervention radicale, consistant dans la suppression de leur cause. Aussi les chirurgiens sont-ils unanimes à recommander l'ovariotomie.

En effet, la guérison spontanée est une heureuse exception et la liste serait beaucoup plus longue des cas dans lesquels on n'intervint pas et qui se terminèrent par la mort. Rappelons seulement que Rokitansky, sur 58 morts causées par des kystes ovariens, en trouva la cause 8 fois dans la torsion pédiculaire.

L'Ovariotomie est donc nécessaire ; elle doit être la plus souvent hâtive. C'est même le meilleur traitement préventif ; il ne faut pas attendre la torsion pour opérer. Tout kyste de l'ovaire reconnu sera aussitôt enlevé. On a vu à l'étiologie que cette pratique nous vaut la diminution actuelle des accidents de torsion.

A défaut de cette prophylaxie, il faut opérer dès qu'éclatent les accidents de torsion, si ceux-ci ont un début alarmant. On pourra ainsi prévenir quelquefois l'hémorrhagie, la gangrène, la péritonite aigüe. L'apparition de quelqu'une de ces complications ne doit pas contre-indiquer l'opération, mais au contraire la faire hâter.

Si les phénomènes initiaux sont atténués, mieux vaut appliquer d'abord un traitement palliatif : repos au lit, glace sur le ventre, opium, et opérer lorsqu'on a obtenu par ces moyens la chute de l'inflammation.

Traitement dans l'état puerpéral. — Ce traitement mérite d'être étudié à part à cause de la grave complication créée par la présence d'un utérus gravide; envisageons séparément la conduite à tenir pendant la grossesse, pendant le travail, après l'accouchement.

A) *Pendant la grossesse* : Tout kyste de l'ovaire même non tordu doit être traité pendant la grossesse, parce que il est sujet, outre la torsion, à l'hémorrhagie et à la rupture, parce qu'il peut avoir une influeuce néfaste sur la grossesse, parce qu'il peut devenir une cause de dystocie, et parce que dans la période de la gestation on a généralement un bon terrain opératoire.

Le traitement doit s'adresser au kyste, c'est pourquoi nous rejetterons l'expectation, l'avortement provoqué, ou l'accouchement prématuré artificiel, moyens préconisés par Barnes, qui ont le grand tort de ne pas résoudre la question. Une seule pratique s'impose, l'ovariotomie. Préconisée dès 1877 par Olshausen, elle s'est implantée peu à peu et actuellement n'a que des partisans résolus. Avec nos devanciers nous conclurons à sa nécessité et à l'opportunité d'une intervention hâtive, l'ovariotomie ayant donné les meilleurs résultats dans les deuxième, troisième, quatrième mois. Mais l'on opérera aussi à la fin même de la grossesse, si l'on n'a pu porter un diagnostic plus tôt.

B) *Pendant le Travail* : On ponctionnera le kyste dans le cul-de-sac postérieur, si c'est nécessaire pour livrer passage au fœtus. Si la ponction ne vide pas la tumeur, ou si l'on a des signes d'hémorrhagie interne, il faudra recourir à la laparotomie et enlever le kyste ; quant à l'enfant, ou l'on fera l'opération césarienne, ou l'on terminera l'accouchement par les voies naturelles (forceps, version). En tout cas, c'est une situation dangereuse que l'on doit prévenir en faisant l'ovariotomie pendant la grossesse.

B) *Après l'accouchement* : Il faut encore faire l'ovariotomie, mais attendre autant que possible la fin de la période puerpérale, soit un mois après l'accouchement, à moins que les accidents ne soient trop violents. Comme cette période est particulièrement favorable à l'établissement de la torsion, on fera porter à la malade une ceinture de flanelle très serrée pour éviter tout accident.

A. Lawrence, dans son travail sur les ovariotomies post-partum, tout en ayant obtenu la guérison dans tous les cas, considère que c'est un mauvais mode de traitement à cause des complications opératoires qui se sont présentées et parce que l'accouchement, ainsi que la délivrance, furent toujours très pénibles et parce que les malades montrèrent des tendances à la syncope. Aussi est-ce une nouvelle et dernière raison pour préférer l'intervention pendant la grossesse.

REVUE FRANÇAISE

Ferré et Bestion. — LE SUC OVARIEN, EFFETS PHYSIOLOGIQUES. (*Congrès de médecine*. Montpellier, 1898, et *Presse médicale*, 27 avril 1898.)

Ces auteurs ont étudié l'action du suc ovarien, aqueux ou glycériné, chez les animaux. Pour voir si ce suc avait des propriétés spécifiques, ils l'ont injecté simultanément à des mâles et à des femelles.

A la dose de quelques centimètres cubes (2 pour 100 du poids de l'animal), cette substance n'est toxique ni pour le mâle, ni pour la femelle. Le mâle, cependant, ne le supporte pas aussi bien que la femelle.

A 4 pour 100 du poids de l'animal, le mâle est intoxiqué et meurt ; la femelle normale n'en ressent aucun inconvénient, et elle ne succombe que pour des doses doubles environ.

Les femelles pleines ne résistent pas plus que les mâles.

L'injection dans le péritoine à moitié dose fait succomber les mâles.

Les accidents qu'on observe souvent chez le mâle intoxiqué sont : l'hypothermie progressive jusqu'à la mort; la production d'œdèmes et d'eschares au niveau de l'injection ; de l'excitation du système génital avec érections et émission de liquide spermatique ; de l'hématurie ; des tremblements nerveux avec phénomènes de parésie et même de paralysie.

Les auteurs ont trouvé des lésions, surtout dans les tubes contournés du rein ; et, chez les animaux paralysés, de la congestion de la moelle dans les régions dorsale inférieure et lombaire, avec piqueté hémorragique dans certains points. Chez les mêmes animaux, ils ont trouvé des lésions très avancées dans les cellules des cornes antérieures de la moelle.

MM. Ferré et Bestion concluent de leurs recherches que le suc ovarien a une action spécifique, et qu'il est moins toxique pour les femelles normales que pour les mâles, en vertu de l'accoutumance produite chez la femelle. Ils appuient cette conclusion par ce fait que ce suc est aussi toxique pour les femelles pleines que pour les mâles ; qu'il est toxique dans les mêmes conditions pour la femelle châtrée et pour les jeunes femelles chez lesquelles l'ovaire n'a pas encore fonctionné.

Ils appellent en définitive l'attention sur l'intérêt qu'il pourrait y avoir à pratiquer avec prudence l'opothérapie ovarienne chez les femelles grosses, ou bien chez les femmes en état de ménopause naturelle ou artificielle.

Bestion. — LE SUC OVARIEN. EFFETS THÉRAPEUTIQUES. (*Congrès de médecine*, Montpellier, 1898, et *Presse médicale*, 27 avril 1898.)

Nos expériences sur la toxicité du suc ovarien démontraient qu'il n'était pas nuisible à des doses relativement fortes pour les femelles. Il paraissait même agir sensiblement sur la nutrition, puisque, à faible dose, les animaux en expérience ont toujours augmenté de poids.

Nous pouvions donc traiter des malades sans aucune crainte, en employant, bien entendu, des doses inférieures à celles que l'expérimentation nous montrait comme toxiques.

Nous avons donc essayé cliniquement l'action de l'ovaire dans les troubles de la ménopause et dans la chlorose.

Comme préparation, nous nous sommes servi : 1° de suc ovarien de truies, extrait glycériné au 1/10, préparé suivant la méthode de Brown-Séquard et d'Arsonval ; 2° de pilules d'ovarine, extrait sec d'ovaire, dosé à 10 centigrammes d'ovaire par pilules.

Pour le suc ovarien, comme mode de traitement, nous avons re-

noncé à l'injection hypodermique, qui n'est pas acceptée volontiers par les malades, et nous avons eu recours à l'ingestion, qui avait donné d'excellents résultats à M. Brunet pour le suc pulmonaire.

Comme dose, nous croyons qu'on ne doit pas dépasser 3 centimètres cubes par jour, car on pourrait avoir des accidents, ce qui nous arriva pour une malade qui avait pris, un jour, une dose double, sans nous consulter.

Quant aux pilules d'ovarine, elles ont produit des effets identiques. De plus, leur emploi est plus commode et plus pratique. Nous avons donné de 2 à 6 pilules par jour, et nous avons eu avec cette dose, maxima à notre avis, des résultats satisfaisants.

Il faut, d'ailleurs, agir toujours avec prudence, et nous croyons qu'on doit suspendre le traitement, quand on se trouve en présence d'une femme enceinte.

Nous avons ainsi traité quatre malades ayant des troubles consécutifs à la castration et d'autres atteintes de chlorose et présentant de l'aménorrhée.

Chez les premières, il y a toujours eu une amélioration constante et tous les troubles se sont considérablement amendés, quand ils n'ont pas complètement disparu. Chez les chlorotiques, en outre de l'amélioration de l'état général, nous avons vu le retour des règles, après de longs mois d'absence.

Mentionnons, en terminant, deux observations de M. Régis (de Bordeaux), où l'action du suc ovarien a été très marquée dans deux cas d'obsession hystérique et neurasthénie avec aménorrhée. Après trois mois de traitement, ces deux malades ont guéri.

Nous croyons qu'on doit toujours employer la médication ovarienne chaque fois que la fonction ovarienne est supprimée ou simplement altérée.

Icovesco. — RECHERCHES SUR L'ACTION MÉDICAMENTEUSE DU PLACENTA. (*Congrès de médecine*, Montpellier, 1897. *Presse médicale*, 27 avril 1898.)

J'ai cru remarquer que les chiennes étaient rarement atteintes d'infection puerpérale et n'ai pu m'empêcher de rapprocher ce fait de l'habitude qu'elles ont de dévorer leurs délivres. J'ai pensé donc qu'il ne serait pas sans intérêt de rechercher l'action du placenta en thérapeutique. Chaque tablette représentait 25 centigrammes de placenta frais. L'animal choisi à cet effet a été la brebis, et c'est le résultat d'une année de recherches que je communique.

J'ai observé plus de 100 cas. Ils se rapportent : 1° à des métrites chroniques avec hypertrophie de l'organe et catarrhe concomitant sans lésions annexielles ; 2° à des métrites chroniques avec annexes touchées ; 3° à des involutions utérines anormales à la suite de couches.

Sur une soixantaine de cas relevant de la première catégorie, l'administration de 4 à 6 tablettes de placenta m'a toujours donné très rapidement une amélioration considérable de tous les phénomènes réflexes ayant pour point de départ les organes génitaux.

Etienne et J. Demange. — LA CHLOROSE, AUTO-INTOXICATION D'ORIGINE OVARIENNE. (Congrès de Médecine, Montpellier, 1890. *La Semaine Médicale*, 27 avril 1898.)

La glande ovarienne peut être considérée comme une glande ayant une sécrétion externe, celle de l'ovule ; comme une glande chargée d'éliminer par le sang menstruel, l'excès des toxines organiques formées en excessive quantité dans l'organisme féminin ; comme une glande pourvue d'une sécrétion interne peut-être dévolue aux cellules à type glandulaire constituant les corps jaunes et jouant un rôle important dans la nutrition générale. Le produit de sécrétion ovarienne présente, au point de vue clinique, les caractères d'un ferment soluble et est doué de propriétés oxydantes manifestes ; il est très analogue à la spermine de Pœhl. D'où, lorsqu'il y a insuffisance ovarienne pendant la phase de développement, la sécrétion de l'antitoxine ovarienne ne se faisant pas, il y aura auto-intoxication spéciale, viciation de la nutrition générale, se manifestant par la chlorose de même que l'insuffisance thyroïdienne se traduit par le myxœdème.

Il est probable que jusqu'au moment de l'entrée en fonction de l'ovaire à la puberté, le rôle antitoxique est joué par un autre organe, le thymus.

Si la chlorose est le résultat de l'insuffisance ovarienne, l'opothérapie ovarienne est un traitement logique, pathogénique de la chlorose. C'est ce que tend à démontrer l'étude de 17 observations cliniques dans laquelles d'une façon constante, toutes les manifestations chlorotiques ont très rapidement cédé au traitement.

Cependant, d'autres substances organiques semblent pouvoir améliorer, elles aussi, la chlorose. La conclusion à tirer de ce fait serait que, peut-être, dans certains cas, ces substances, très voisines au point de vue chimique, peuvent se suppléer.

En tout cas, cette théorie toxique de la chlorose ne contredit aucune des théories jusque-là émises, lesquelles reposent plutôt sur des données étiologiques ou symptomatiques, toutes pouvant s'interpréter par l'hypothèse d'une intoxication pendant la phase de développement.

H. Hartmann et P. Fredet. — LES LIGATURES ATROPHIANTES DANS LE TRAITEMENT DES TUMEURS UTÉRINES. (*Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, p. 110, 129, 306, 332, 1898.)

En 1629, Johann Muys avait conseillé d'utiliser la méthode des vétérinaires « qui coupent les artères se rendant aux tumeurs strumeuses » ; mais la méthode de traitement des tumeurs par les ligatures atrophiantes n'a été appliquée à l'utérus que dans ces temps derniers.

L'historique de cette méthode peut se résumer par les noms suivants : Fritsch, 1885 ; Baumgartner, 1888 ; Gubaroff, 1889 ; Rydydier, Dorsett en 1890 ; Gottschalk, Franklin, Martin en 1892 ; Boldt, Adams, Krug en 1893 ; Greene, Gœlet en 1894.

En France, on relève les noms de Schwartz, Rochard, Terrier, Tuffier.

Cette méthode de la ligature des utérines peut trouver son application dans les cas de cancers inopérables de l'utérus et dans les cas de fibromes utérins.

La ligature a été appliquée dans trois cas de cancer inopérable de l'utérus.

Observation I. — Il s'agit d'un épithélioma utérin ayant envahi toute la paroi vaginale antérieure avec adhérences à la vessie.

Laparotomie pour ligature des utérines. Opération le 13 mai 1897. Le 13 août, les pertes ont un peu cessé et le néoplasme s'est peu étendu. Mort le 11 octobre 1897.

Observation II. — Cancer du col et du corps avec envahissement des deux gaines hypogastriques. Opération le 15 octobre 1897. Sortie le 11 novembre. Pas de nouvelles de la malade.

Observation III. — Cancer dont les bourgeons ont envahi les culs-de-sac latéraux et postérieur et s'étendant aux parois correspondantes du vagin. Pertes fétides. Opération le 11 août 1897.

Les pertes diminuent. Il reste un léger suintement qui a cessé d'être fétide. Au spéculum, on constate une diminution de la masse bourgeonnante.

Les pertes redeviennent considérables dès septembre. Mort le 10 janvier 1898.

A ces observations, on peut ajouter une observation de Dorsett qui a fait, le 15 août 1895, la ligature des utérines pour cancer du col, amenant des hémorrhagies profuses. Les hémorrhagies s'arrêtent et la malade meurt deux mois après.

Avant l'opération, il est nécessaire de se rappeler le rapport constant, invariable que présente l'artère utérine avec l'uretère au niveau de la fossette ovarienne. L'artère hypogastrique appliquée contre la paroi osseuse du bassin en arrière de l'uretère ou en partie recouverte par celui-ci émet trois branches antérieures, l'obturatrice, l'ombilicale et l'utérine. Ces artères se dégagent au devant de l'uretère sous le péritoine qui tapisse le fond de la fossette ovarienne. L'utérine apparaît toujours à un moment donné au-devant du conduit urinaire.

La ligature de l'utérine est supérieure à celle du tronc hypogastrique pour anémier l'utérus ; mais il faut pratiquer cette ligature à son origine dans la fossette ovarienne ou dans l'épaisseur du ligament large suivant le procédé d'Altacheff.

Dans le premier procédé on met la malade dans la position élevée du bassin et on fait une incision médiane sous-ombilicale. Les intestins sont maintenus, les lèvres de la plaie écartées, les ovaires relevés et on voit ainsi la fossette ovarienne.

Par transparence au niveau de cette fossette au-dessous du psoas l'uretère peut être distingué.

Le péritoine une fois incisé parallèlement à l'uretère, il est facile de saisir l'artère et de la lier.

Le procédé d'Altacheff repose sur les notions anatomiques suivantes : il y a dans l'épaisseur du ligament large une sorte de cloison qui monte de sa base au ligament rond doublant le feuillet antérieur du ligament large. L'artère utérine est adhérente à cette sorte de cloison et la suit quand on l'attire en avant. La ligature se fait en relevant en haut la trompe et en attirant le ligament rond en avant. Parallèlement à ce ligament et immédiatement en arrière de lui, on fait une incision de trois centimètres environ dont l'extrémité externe s'arrête à un centimètre de la ligne innominée. On pénètre dans l'épaisseur du ligament large et suivant avec la sonde cannelée le feuillet antérieur, on tombe sur l'artère utérine à une profondeur de 12 à 16 millimètres.

Le résultat de ces diverses ligatures est de diminuer temporairement les écoulements, mais la marche du néoplasme ne paraît pas modifiée d'une manière évidente.

Seul un cas de Tuffier semble établir la possibilité d'une régression.

En ce qui concerne les tumeurs fibreuses, il est un point qui semble d'ores et déjà acquis : Dans un certain nombre de cas, la diminution brusque de l'afflux sanguin à l'utérus suffit pour amener la régression d'un fibrome. Là encore, le vaisseau qui doit être lié est l'artère utérine qui est essentiellement l'artère nourricière de l'utérus ; le rôle de l'utéro-ovarienne dans la nutrition de cet organe est bien effacé.

Mais si, dans les cas de cancers inopérables ayant envahi les ligaments larges et le vagin, on est obligé de faire la ligature par l'abdomen, il n'en est pas de même dans les fibromes où la voie vaginale est praticable.

Observation I. — Fibromes interstitiels, polype fibreux. Le fond de l'utérus est senti à quatre bons travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

Le col est gras, l'hystérométrie donne 13 centimètres 1/2.

Depuis mars 1897, des pertes abondantes. Opération le 10 août 1897. Ablation du polype, curettage, ligature bilatérale du pédicule vasculaire utérin, par le vagin.

Le 26 août, l'hystérectomie donne 9 c. 5, soit quatre centimètres de moins. Plus de nouvelles de la malade.

Observation II. — Fibrome de la paroi postérieure de l'utérus près du fond ; volume d'une pomme d'api. Hémorrhagies datant de 5 ans.

Utérus volumineux, col gros, hystérométrie : 9 cent.

Opération le 14 août, curettage et ligature vaginale des pédicules vasculaires utérins.

Le 24 août, l'hystérométrie donne 7 cent. 2, soit près de 2 centimètres de diminution.

Pas d'hémorrhagies depuis l'opération.

Le 22 février 1898, on sent encore la tumeur et l'hystérométrie donne 8 cent. 5.

Observation III. — Utérus fibromateux, petit polype, hémorrhagies continuelles depuis 6 mois.

Opération le 15 septembre 1897. Ablation du polype.

L'hysteromètre donne 10 cent. 9.

Le 6 octobre l'hystérométrie donne 8 cent 5. Et en janvier 1898 la malade déclare être bien réglée et ne pas avoir de pertes dans l'intervalle de ses règles.

Observation IV. — Fibrome hémorrhagique. Ses pertes datent de trois à quatre mois. Opération le 11 décembre 1897. Curettage. Ligature bilatérale des pédicules vasculaires utérins.

Observation V.— Fibromes multiples du corps de l'utérus. Règles très abondantes depuis 6 ou 8 mois. Depuis deux mois pertes continuelles, mais peu abondantes. Le col est gros. Le corps ne dépasse pas la symphyse. Hystérométrie 10 c. 5.

Opération le 28 Janvier 1898. Ligature bilatérale des pédicules vasculaires utérins dans leur gaine, en masse, par le vagin.

Au 14e jour l'hystérométrie donne 8 cm. 5.

Le manuel opératoire dans toutes ces interventions a été identique. Il peut se résumer en ceci :

1°) Incision de la muqueuse vaginale autour du col comme dans l'hystérectomie abdominale mais, en plus deux fentes latérales auxquelles on doit donner une certaine étendue.

2°) Décollement de la muqueuse vaginale, puis de la vessie. Le décollement doit être antérieur et postérieur.

3°) Section des tissus sous-jacents à la muqueuse vaginale.

4°) Traction du col en bas et du côté opposé à celui où on opère.

5°) Accrochement du pédicule utérin qui est attiré en bas et lié avec une soie.

6°) Fermeture de l'incision vaginale par des points séparés au catgut.

La ligature en masse des pédicules utérins par le vagin est en somme une opération facile et bénigne.

Les observations ci-dessus sont trop récentes pour qu'on puisse s'en servir pour tirer des conclusions ; mais en examinant les statistiques de Franklin Martin, on voit que sur 13 cas de fibromes hémorrhagiques il y a eu 13 fois amélioration notable.

Les résultats de Sigmund Goltschalk, de Fréderick, de Buffalo, de Gœlet sont à peu près semblables, c'est-à-dire arrêt des hémorrhagies et diminution consécutive de la tumeur. On peut donc considérer la ligature vaginale des gaines hypogastriques comme une bonne opération à opposer, en la combinant au curettage, aux opérations plus radicales d'exérèse.

Un fait intéressant à signaler est la présence d'acétone dans l'urine après les ligatures pour fibromes. L'acétone existe normalement dans les urines, et sa présence n'a quelque valeur que si le taux d'acétone a augmenté notablement. Bossi avait déjà signalé ce fait dans un travail sur la résorption des myomes après la castration ou la ligature des cordons vasculaires des annexes. La recherche de l'acétone est très minutieuse et dans les observations citées plus haut le dosage a manqué ; mais chaque fois après l'intervention on a noté dans les urines de l'acétone en quantité notable et très supérieure à la normale. LEMAIRE.

REVUE BELGE

Jacobs (Bruxelles). — TROIS CAS DE PÉRITONITE TUBERCULEUSE GUÉRIE PAR LA LAPAROTOMIE EXPLORATRICE. (*Bulletin de la Société belge de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1898, p. 10.)

Permettez-moi, Messieurs, de vous rapporter, avec quelques détails, trois cas de tuberculose péritonéale dans lesquels l'incision des parois abdominales a eu un effet thérapeutique remarquable.

Dans le premier de ces cas l'opération a amené la guérison des lésions tuberculeuses péritonéales et des lésions tuberculeuses génitales très avancées.

La malade, âgée de 21 ans, ne présente dans ses antécédents héréditaires aucune tare tuberculeuse. La mère est bien portante, le père est mort d'hémorrhagie cérébrale. Sa santé a toujours été des meilleures, jamais aucun symptôme génital morbide. L'été dernier, pendant un séjour à la campagne, elle prit journellement une assez grande quantité de lait provenant d'une vache morte depuis de tuberculose. Le lait ingéré n'était pas soumis à l'ébullition. En septembre 1897 se déclara une entérite, qui fut des plus rebelles à s'amender, et que les médecins traitants considérèrent comme de nature tuberculeuse. En novembre, reprise des symptômes intestinaux, mais cette fois avec des manifestations péritonéales généralisées et des troubles du côté de la menstruation : aménorrhée, sans grossesse possible. Trois semaines environ plus tard, les médecins constatèrent l'existence d'une tumeur abdominale, située dans le bassin. C'est à ce moment que nous vîmes la malade.

L'abdomen était régulièrement distendu ; tympanite, légère ascite. L'utérus petit est fortement dévié à gauche. Le cul-de-sac droit est effacé par une tumeur fluctuante, très adhérente, qui remonte au détroit supérieur. Les annexes gauches, situées très haut, sont également augmentées de volume, fluctuantes. Le pelvis et tout l'abdomen sont d'une sensibilité très grande ; température atteignant depuis quinze jours 39° le soir, 37°8 à 38° le matin.

Une intervention par l'abdomen est acceptée. Nous fîmes, peu de jours après ce premier examen, une incision abdominale sous-ombilicale, de 8 centimètres environ de long. Le péritoine, très épaissi, est recouvert de tubercules sur toute la partie que nous apercevons par notre ouverture. Les intestins, turgescents, présentent également les mêmes lésions ; les anses sont très adhérentes entre elles, et s'amassent vers la partie inférieure de la cavité, formant là une véritable barrière, qui nous empêche d'explorer le petit bassin. Liquide ascitique, sanguinolent en petite quantité.

Nous renonçons à toute tentative pour arriver aux organes génitaux et refermons la cavité par trois plans de sutures.

Les suites de l'opération furent remarquablement rapides. Quinze jours environ plus tard, l'examen vaginal dénotait encore les lésions annexielles, mais les tumeurs avaient diminué de volume dans de telles proportions qu'il eût été difficile de les trouver par le palper abdominal. Cette régression suivit une marche régulière et continue. Nous n'avons noté dans les incidents post-opératoires qu'une légère augmentation de température, lors de la première menstruation, et pendant une quinzaine de jours environ d'abondantes transpirations nocturnes. Six semaines plus tard la malade pouvait être considérée comme guérie : disparition des lésions pelviennes, plus aucun symptôme abdominal.

Cette guérison date aujourd'hui de trois mois et s'est maintenue telle.

II. — Dans le second cas, il s'agit encore d'une personne jeune. C'est une enfant de 17 ans, dont le père est mort accidentellement, plusieurs frères et sœurs morts en bas âge, très probablement d'affections tuberculeuses. Trois frères et une sœur bien portants. Elle est alitée depuis huit mois, très amaigrie, émaciée, d'une faiblesse extrême. Aucun symptôme pulmonaire. Tout se localise dans l'abdomen. Celui-ci est modérément développé, très sensible, surtout vers le pelvis. Depuis trois mois environ, vomissements continus, après ingestion de n'importe quel aliment. Toutes les médications ayant échoué, nous proposons une laparotomie exploratrice. Pratiquée le 25 février 1898, elle nous permit de constater que le péritoine pariétal et viscéral était farci de tubercules de tous volumes. Ascite sanguinolente.

Pas de lésions génitales. L'intervention se borna à étancher quelque peu l'ascite. Depuis le réveil de l'opérée, disparition des vomissements ; puis, peu à peu, disparition progressive des symptômes abdominaux. Aujourd'hui (sept semaines environ depuis l'opération) l'enfant est méconnaissable ; elle prend de l'embonpoint, est gaie, rieuse, n'a plus aucune douleur abdominale, va et vient, travaille avec courage.

Quinze jours après l'intervention je craignais de voir s'installer des lésions pulmonaires, mais je parvins à les enrayer par un traitement local un peu énergique.

III. — Enfin, Messieurs, la troisième observation a trait à une personne qui nous fut amenée pour un kyste de l'ovaire volumineux. Agée de 40 ans, nullipare, *virgo intacta,* jamais elle n'a été alitée un jour, jamais aucun trouble abdominal, ni intestinal, ni génital. Menstruation régulière, peu abondante, indolente. Depuis trois semaines, augmentation progressive de l'abdomen, et apparition de douleurs rapidement généralisées, diarrhée profuse. Cet abdomen est fortement distendu par l'ascite, nous n'y percevons aucune tumeur. Les organes génitaux sont normaux, rien d'anormal du côté de l'intestin.

Certes, l'âge et les antécédents ne pouvaient nous faire croire à

une péritonite tuberculeuse, nous crûmes cependant devoir intervenir tout au moins par une incision exploratrice, à cause des affirmations réitérées du médecin, qui nous disait avoir perçu un kyste ovarien. Une petite incision médiane sous-ombilicale nous permit d'évacuer une quantité considérable d'ascite légèrement sanguinolente.

La masse intestinale, tassée sur elle-même, présentait sur sa surface péritonéale des tubercules en quantité ; mêmes lésions sur le péritoine pariétal.

Aucune lésion du côté des organes génitaux. Nous refermâmes l'abdomen sans plus.

Cinq jours environ après l'opération, l'ascite s'était reproduite à peu près en une si grande quantité qu'auparavant. Nous craignîmes même de voir céder nos sutures abdominales et en présence de cette reproduction rapide, notre pronostic devint des plus graves. Mais à partir du dixième jour l'abdomen diminue peu à peu de volume, l'ascite se localisant dans une région de plus en plus petite, sous l'ombilic. Il y a un mois environ que nous sommes intervenus ; cette péritonite est localisée sur une surface de la grandeur de la main, l'ascite a pour ainsi dire disparu, et avec elle tous les symptômes douloureux. Absence de fièvre, de symptômes pulmonaires, et reprise de la santé. L'appétit est très bon, les digestions faciles, les évacuations intestinales régulières et normales.

Ces trois cas plaident singulièrement en faveur de l'intervention dans la péritonite tuberculeuse. Nul doute que, vu l'impuissance des multiples moyens thérapeutiques, mis en essai avant les interventions ces malades n'existeraient probablement plus aujourd'hui. Et cependant, comme je viens de vous le narrer, notre intervention s'est bornée à l'incision des parois abdominales et à l'expulsion de l'ascite.

L'effet curatif a été rapide dans les trois cas, malgré les localisations diverses de l'infection.

REVUE DES LIVRES

Labadie-Lagrave et F. Legueu. — TRAITÉ MÉDICO-CHIRURGICAL DE GYNÉCOLOGIE. — Paris, Alcan, 1898.

C'est avec un infini plaisir et un réel profit que nous avons lu le Traité médico-chirurgical de Gynécologie qui vient d'être publié par MM. Labadie-Lagrave et F. Legueu. Cet ouvrage important qui comble une lacune dans la littérature gynécologique de notre pays réalise un de nos secrets et plus anciens désirs. Il y a, en effet, longtemps que nous aspirions au jour où il nous serait donné d'écrire un Traité de Gynécologie, dans lequel nous voulions nous efforcer de faire à la médecine la part qui lui revient de droit dans l'étude des maladies des femmes.

Grâce aux admirables conquêtes de la Chirurgie, la Gynécologie opératoire a pris un essor réellement incroyable. Le traitement des maladies des femmes a subi une véritable révolution depuis vingt ans. La thérapeutique, qui était exclusivement médicale, a été accaparée par les chirurgiens près desquels les malades atteintes d'affections génitales s'empressent d'accourir. La Gynécologie, par la force même des choses, est passée du domaine médical dans celui de la Chirurgie. S'il en est résulté de grands avantages dans la cure des affections des femmes, il n'en est pas moins vrai de dire que la gynécologie a pâti, au point de vue doctrinal, de l'abandon dans lequel elle a été laissée par les médecins, prudents et savants observateurs, qui sont capables de projeter de vives lumières dans le chaos de l'étiologie, de la pathogénie et même de la symptomatologie de certaines affections des organes génitaux.

Il y a plus de trente ans, Bennet écrivait avec un clair bon sens : « Aucune classe de maladies ne montre mieux que les affections utérines combien est artificielle la barrière qui sépare la médecine de la chirurgie. Ainsi, à leur début, ces maladies sont médicales et soignées nécessairement par un médecin ; mais, plus tard, lorsqu'elles sont aggravées, elles deviennent essentiellement chirurgicales. »

Cette alliance de la Médecine et de la Chirurgie reconnue indispensable par Bennet a été préconisée par les meilleurs esprits de notre époque.

MM. Labadie-Lagrave et Legueu ont voulu réaliser dans leur récente et remarquable publication, cette union intime qui doit exister entre les deux branches de l'art de guérir.

Personne n'était mieux autorisé que M. Labadie-Lagrave pour présenter au public une Gynécologie médicale mise à la hauteur des exigences de la science moderne. Cet ouvrage dans lequel ses hautes qualités de clinicien se font nettement sentir à côté de sa sagacité du thérapeute, lui fait le plus grand honneur. M. Labadie-Lagrave ne pouvait manquer d'exposer les grandes questions étiologiques et pathogéniques qui dominent toute l'histoire des infections des voies génitales. Il l'a fait avec une science consommée et avec une clarté admirable.

La partie chirurgicale était échue à M. Legueu, un de nos plus jeunes et de nos plus distingués chirurgiens des hôpitaux. La tâche qui lui incombait était ardue ; il a su s'en acquitter avec la plus grande distinction.

Ceci dit, il est nécessaire de donner un aperçu du Traité médico-chirurgical.

A signaler tout d'abord dans la Thérapeutique générale, le chapitre consacré aux médicaments utérins. Le traitement hydrothérapique dans les affections gynécologiques, le traitement hydrominéral dans les affections gynécologiques ont été l'objet de considérations extrêmement intéressantes et pratiques.

On sait quels services rendent à cette heure les injections massives de solutions salines dans le traitement des hémorragies et des infections. Aussi MM. Labadie-Lagrave et Legueu ont-ils eu soin d'exposer d'une façon concise, précise et complète l'état de la question et de faire connaître aux étrangers autant qu'aux médecins français une pratique qui a rendu et qui rendra encore d'incalculables services en Gynécologie.

Le massage et l'électrothérapie n'ont pas été oubliés.

Très bon chapitre que celui qui a trait au développement des organes génitaux.

Legueu traite avec prédilection les questions gynécologiques qui touchent à la pathologie des voies urinaires. Les fistules urinaires sont très bien exposées et on lira avec fruit l'histoire des fistules urétérales et urétrales.

La thérapeutique des rétrodéviations si complexe a inspiré de bonnes pages aux auteurs du Traité médico-chirurgical de gynécologie. Les différentes méthodes du traitement ont été l'objet de descriptions soignées et d'appréciations marquées au coin d'un véritable sens chirurgical. Les indications générales dans le traitement des rétrodéviations sont bien posées.

L'infection occupe dans la pathologie de l'appareil génital une place considérable. MM. Labadie-Lagrave et Legueu ont traité avec soin la bactériologie génitale et ont consacré plusieurs pages à l'histoire si instructive de l'infection gonococcienne.

Les auteurs du livre que nous analysons ont pensé avec raison qu'il était nécessaire de placer dans un livre de Gynécologie les notions qui ont trait à l'infection puerpérale. On trouvera condensée en 10 pages environ tout ce qu'il est indispensable de savoir sur une des causes les plus fréquentes des maladies qui atteignent les organes génitaux externes de la femme.

La leucoplasie vulvo-vaginale, le kraurosis vulvæ, les kystes hydatiques pelviens, l'urétrocèle, la destruction de l'urètre, l'insuffisance urétrale ont été étudiés avec soin.

L'important travail sur les ovaro-salpingites, les pelvi-péritonites, les phlegmons pelviens mérite d'être lu en entier. Il est fort bien conçu.

L'étude des tumeurs utérines d'origine placentaire a été abordée avec succès et l'on trouvera en particulier sur le déciduome malin des renseignements qui ne se rencontrent qu'épars dans différentes publications.

La structure et la pathogénie des fibromes et des sarcomes ont été exposées d'après les travaux les plus récents.

Signalons, en passant, le chapitre consacré à la grossesse extra-utérine et celui dans lequel sont traitées les hémorragies utérines.

MM. Labadie-Lagrave et Legueu ont cru devoir décrire avec un certain luxe de détails les complications immédiates et éloignées des opérations gynécologiques et ils ont été bien inspirés en rompant avec la tradition qui avait exclu des ouvrages classiques de Gynécologie tout chapitre de ce genre. L'importance du sujet nécessitait cette innovation et le lecteur saura gré aux auteurs d'avoir parfaitement traité la question des péritonites septiques post-opératoires, celle des occlusions intestinales post-opératoires, sans parler de ce qui a trait aux hémorragies, aux fistules et aux hernies post-opératoires.

Nous appelons l'attention sur le dernier chapitre original et intéressant des relations physiologique et pathologique entre l'appareil génital et l'appareil urinaire.

Le livre est bien édité. Les figures sont nombreuses et fort convenables. Bref, nous ne craignons pas de dire que le Traité médico-chirurgical de Gynécologie, conçu dans un esprit un peu différent des autres ouvrages du même genre, sera consulté avec fruit par tous ceux qui s'intéressent, à un titre quelconque, aux affections de l'appareil génital de la femme. Il fait le plus grand honneur aux distingués et sympathiques auteurs dont l'étroite collaboration a démontré combien était féconde l'union de la Médecine et de la Chirurgie dans le domaine gynécologique. Nous souhaitons au beau Traité de MM. Labadie-Lagrave et Legueu tout le succès qu'il mérite à tant de titres.

R. PICHEVIN.

R. PICHEVIN, *Directeur-Gérant.*

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE DAIX FRÈRES.
Maison spéciale pour Journaux et Revues.



HOPITAL BROCA

—

DE LA COLPOTOMIE DANS LES SUPPURATIONS PELVIENNES (1)

Par M. S. POZZI, membre de l'Académie de médecine, Professeur agrégé.

Leçon clinique recueillie le 18 *février* 1898.

—

Dans ma dernière leçon sur le traitement des collections pelviennes par la colpotomie, je vous ai dit qu'il fallait ouvrir par la voie vaginale les suppurations pelviennes qui ont une tendance à descendre dans le Douglas, à devenir accessibles par le vagin, et j'ajoutais que l'on devait surtout sans conteste attaquer ainsi les collections superficielles, celles qui étaient dues à des périmétro-salpingites proéminant dans le cul-de-sac postérieur.

S'agit-il d'un pyo-salpinx, d'une trompe pleine de pus et adhérente au cul-de-sac, si on peut aller directement à cette poche sans crainte d'ouvrir la cavité péritonéale et par suite de l'infecter, on doit ouvrir le pyo-salpinx par la voie vaginale.

La guérison définitive est possible dans ces conditions, mais elle est rare, elle est même exceptionnelle. Il reste, je vous l'ai déjà dit dans la précédente leçon, une poche qu'il faudra extirper plus tard, car elle donnera lieu à de nouveaux accidents, dans la suite, du moins dans la très grande majorité des cas.

La colpotomie est donc ici un traitement préparatoire et comme telle, rend d'excellents services.

Mais je m'élève de nouveau contre la généralisation que l'on a faite de la colpotomie dans le traitement des suppurations pelviennes. Je vous ai dit que M. Laroyenne (de Lyon) et Henrotin (de Chicago) ont voulu préconiser l'incision du cul-de-sac postérieur comme le traitement de toutes les collections purulentes du petit bassin, qu'elles soient, plus ou moins rapprochées du cul-de-sac postérieur du vagin. C'est une règle détestable que d'appliquer la colpotomie indistinctement à tous les cas de suppuration salpingienne ou pelvienne. J'ajoute que la règle est non seulement détestable, mais qu'elle devient parfois dangereuse.

En effet, la colpotomie est d'une parfaite simplicité et d'une grande bénignité, quand la collection est bas située, fait saillie dans le vagin, quand le pus se trouve pour ainsi dire sous le doigt de l'opérateur. Dans les conditions précitées, on est autorisé à ouvrir la collection purulente par une incision du cul-de-sac. Mais la poche se trouve-t-elle, au contraire, dans la profondeur du bassin, loin des culs-de-sac vaginaux, il est imprudent. il est dangereux d'aller à la recherche d'une collection que l'on ne sent pas bien, surtout quand on se sert d'un trocart pour ponctionner à l'aveugle et très haut. Ne risque-t-on pas dans ces cas d'ouvrir l'intestin !

Ainsi je le répète, la colpotomie n'est indiquée que dans les cas où la collection est facilement accessible. Le pus pourra être aisément évacué par le cul-de-sac postérieur dans deux cas :

1° Quand il est directement dans le péritoine, c'est-à-dire quand on est en présence d'une péri-métro-salpingite;

2° Lorsqu'il s'agit d'un pyosalpinx bas situé, lorsque la poche est tombée dans le cul-de-sac de Douglas et que ses parois sont en contact avec la paroi vaginale.

Ceci dit, passons à l'histoire d'une malade que vous avez vue dans une de mes salles.

Il s'agit d'une femme de 23 ans, accouchée il y a 3 mois sans accident. Ses règles revinrent à l'époque normale. Elle eut quelques pertes blanches, mais n'éprouva aucune douleur en urinant. Le diagnostic de blennorragie ne s'imposait donc pas et il eût été difficile de penser à une infection gonococcique si nous n'avions pas attentivement suivi la marche des accidents. C'est, en effet, l'évolution de la maladie qui nous a permis d'affirmer l'existence de la blennorragie.

Les règles étaient revenues, quand subitement, en pleine période menstruelle, survinrent des douleurs violentes dans les reins qui mirent la malade dans l'obligation de cesser tout travail et de s'aliter.

L'examen fit reconnaître dans le cul-de-sac postérieur une tuméfaction considérable.

Quelle était la nature de cette tuméfaction ? A quel diagnostic devions-nous nous arrêter ?

La situation pouvait être résumée en quelques mots: Femme accouchée depuis 3 mois, retour des règles, subitement douleurs vives dans le bas-ventre et constatation d'une tumeur dans le Douglas.

S'agissait-il d'une hématocèle rétro-utérine, comme l'avait pensé un de mes internes ?

L'hypothèse était plausible. En effet, l'apparition rapide d'une tumeur dans le cul-de-sac de Douglas, la douleur brusque au moment des règles, l'absence de phénomènes inflammatoires plaidaient en faveur d'une hématocèle rétro-utérine.

Mais cette Femme n'avait-elle pas fait une fausse couche trois mois auparavant ? Cette constatation n'est pas sans importance. L'on sait que l'hématocèle rétro-utérine est sous la dépendance d'une grossesse ectopique. Cette femme, en supposant qu'elle ait maintenant une hématocèle, aurait donc une grossesse extra-utérine 3 mois après avoir fait une fausse couche. Le fait n'est pas impossible, mais il est rare.

Il est vrai que l'on peut se demander si l'accident, qui date de 3 mois, était réellement un avortement. S'agissait-il d'une vraie fausse couche ou n'était-on pas en présence d'une fausse couche apparente, liée à une grossesse tubaire ?

La malade, au lieu d'avoir une grossesse normale, n'avait-elle pas une grossesse ectopique et l'hémorragie n'était-elle pas symptomatique d'une rupture vasculaire au niveau du sac tubaire ?

C'est qu'en effet certaines femmes qui ont une grossesse extra-utérine présentent subitement les signes d'une hémorragie et expulsent, au milieu de douleurs parfois vives, une membrane qui n'est autre que la muqueuse utérine, modifiée par la grossesse ectopique. On croit que c'est une fausse couche. Les douleurs, l'hémorragie, les caillots, les membranes expulsées y font d'autant plus penser que la Femme a eu une suppression de règles qui rendait probable ou du moins possible le début d'une grossesse.

En supposant donc l'existence d'une grossesse tubaire, on peut interpréter les phénomènes d'il y a 3 mois comme une hémorragie coïncidant avec la mort de l'œuf inséré sur la muqueuse de la trompe, et tout récemment la nouvelle hémorragie serait sous la dépendance des modifications anatomiques qui existent au niveau du sac tubaire et, pour tout dire, d'une récente rupture dans l'œuf.

Cette interprétation n'est pas celle que j'adopte. Je crois qu'il existe depuis un certain temps une inflammation des trompes qui a évolué insidieusement, silencieusement, qui a été par suite méconnue et qui s'est manifestée sous l'influence du coup de fouet que donne la menstruation.

Mais comment expliquer tous ces accidents ? Quelle est l'origine de cette inflammation annexielle ?

On sait que certaines Femmes ont la mauvaise fortune d'être infectées en même temps qu'elles sont fécondées. La fécondation se fait en même temps que l'infection gonococcique.

Survienne un avortement pour une cause ou pour une autre, et l'infection se déclare. La fausse couche alors a été la cause de la contamination parce qu'elle a ouvert la porte à l'infection.

Le moindre bouillon de culture septique exalte la virulence

(1) Cette leçon clinique intitulée « De la colpotomie » n'a trait, ainsi qu'on a pu le constater aisément, qu'à la colpotomie appliquée à la cure des collections suppurées du petit bassin.

blennorragique. Il a suffi ici d'une fausse couche, d'un traumatisme au niveau de la muqueuse utérine pour que le Gonocoque envahisse la cavité utérine et gagne la muqueuse tubaire. Ainsi a été créée l'infection des trompes, infection insidieuse qui a évolué en silence jusqu'au jour où les accidents ont éclaté sous l'influence de causes diverses.

Il est des Femmes qui ont du pus dans le ventre et qui n'en sont pas incommodées. Survient soit une fatigue, soit un traumatisme, soit un refroidissement et alors les signes de la suppuration apparaissent. Dans l'espèce, le pyosalpinx déjà ancien s'est révélé tout à coup sous l'influence de la poussée menstruelle.

Une tumeur grosse comme les deux poings n'apparaît pas en deux ou trois jours. Il a fallu plusieurs semaines pour que la tuméfaction puisse acquérir ce volume.

Quand notre malade est entrée à l'hôpital, elle avait une tumeur volumineuse, remplissant le Douglas et bilobée. J'ai pensé que la tuméfaction était due à la présence des deux trompes enflammées et prolabées dans le cul-de-sac postérieur.

En effet, il arrive assez souvent que les trompes atteintes d'inflammation tombent derrière l'utérus, et l'embrassent par une véritable *amplexation postérieure*. Les deux trompes kystiques, se croisent derrière la matrice à la manière des huiliers de vieux modèles. C'est dans ces cas que l'observateur inexpérimenté prend cette tuméfaction qui fait plus ou moins saillie dans le vagin et déprime le Douglas pour le corps de l'utérus en rétroversion.

Je reviens aux caractères de la tumeur volumineuse, bilobée dont je vous ai parlé et j'ajoute que l'une des protubérances était nettement fluctuante. L'ensemble de la tumeur remplissait le petit bassin et la pression exercée par le vagin déterminait l'apparition d'une douleur assez vive.

Dans ces conditions, et en réunissant tous les éléments d'appréciation que j'ai énumérés précédemment, le diagnostic d'hématocèle ne pouvait pas être soutenu. Il s'agissait d'un pyosalpinx double. La collection gauche était plus volumineuse.

Quel était le traitement à appliquer dans ce cas ?

Je vous ai déjà dit, dans une précédente leçon, quelle était ma règle de conduite dans ces cas.

Quand une collection suppurée tubaire ou péri-annexielle fait nettement saillie au niveau du cul-de-sac postérieur, quand la suppuration est de date récente et par suite douée d'une grande virulence, il faut pratiquer la colpotomie.

Sans doute on aurait pu penser à faire d'emblée l'hystérectomie vaginale ; mais comme je vous l'ai déjà dit et comme je vous le répète à dessein, dans les lésions suppurées récentes, il est préférable de ne pas faire une large plaie que peut inonder le pus et qui risque d'infecter le péritoine. Il vaut mieux faire l'opération la plus simple, l'évacuation du pus par l'incision vaginale, de façon à permettre à la virulence de s'atténuer. En temporisant ainsi, on se trouve dans une deuxième étape thérapeutique en présence de lésions froides que l'on peut traiter par des moyens radicaux et sans exposer la malade à des risques considérables.

La colpotomie donc est indiquée quand les accidents sont aigus, quand l'incision permet de tomber directement dans la poche purulente et qu'on ne risque pas de s'égarer à sa recherche.

Voici comment j'ai procédé dans le cas auquel j'ai fait allusion, au commencement de cette leçon.

J'ai mis à découvert le champ opératoire avec des valves et fixé le col. Puis j'ai pratiqué au niveau du cul-de-sac postérieur, une incision transversale s'étendant peu de chaque côté de la ligne médiane. La section a porté d'abord sur la paroi vaginale. J'ai ensuite reconnu avec l'index la poche tubaire que j'ai incisée. Après l'évacuation du pus, j'ai pratiqué avec précaution une injection aseptique dans la poche, j'ai mis *un tube en T* et un tamponnement à la gaze iodoformée.

L'opérée va bien. Nous avons déjà obtenu une guérison temporaire. La suppuration semble être tarie et dans quelques jours la malade se croyant guérie quittera l'hôpital. Mais il est extrêmement probable que les lésions annexielles ne guériront pas et qu'il faudra plus tard une hystérectomie vaginale.

QUELQUES RECHERCHES SUR LES ARTÈRES DE L'UTÉRUS

D'après P. Frédet.

(*Journal de l'anatomie et de la physiologie normale et pathologique*, 1898, p. 79.)

—

Ces recherches ont été faites dans un but spécial : l'application à l'utérus des ligatures vasculaires atrophiantes. Il s'agissait donc de déterminer les voies d'arrivée du sang à l'utérus, leur importance relative, et leurs rapports anatomiques permettant de les aborder. La question a déjà été étudiée par Hyrtl, Broeckaert, Vogel, et M. Farabeuf, et pour l'historique et la bibliographie on se reportera aux travaux de ces auteurs, et surtout aux deux mémoires de Nagel.

Ces recherches ont été faites sur deux fœtus, deux enfants nouveau-nés et douze sujets adultes.

Disposition générale des organes dans le bassin. Ligament large. Pédicule vasculaire des viscères pelviens et gaîne hypogastrique.

Chez l'adulte, on voit pénétrer dans le bassin, sensiblement au point de division de l'artère iliaque primitive, un cordon formé par des fibres lisses, une artère et une veine : c'est le cordon utéro-ovarien, dit encore du ligament rond postérieur, cordon des vaisseaux spermatiques internes, etc... Le cordon se dirige obliquement en bas et en avant, vers l'angle de l'utérus.

Ce cordon vasculaire, dans son trajet de la paroi pelvienne vers l'utérus, soulève le péritoine et se forme ainsi un méso : ce méso, c'est le ligament large, qui est par conséquent une lame péritonéale à deux feuillets.

Le ligament large a une forme triangulaire.

Le bord supérieur, épais, est formé par la réunion des deux lames constituant le ligament, et entoure le cordon utéro-ovarien d'abord, puis la trompe qui constituent ce cordon quand il atteint le pôle supéro-externe de l'ovaire.

Le bord interne correspond au bord de l'utérus au niveau duquel les deux lames passent sur les faces de l'utérus et vont se continuer ensuite avec celles du ligament du côté opposé.

La base, au bord inférieur, va de la bifurcation de l'artère iliaque primitive, à l'utérus, à l'union du col et du corps. Elle décrit une concavité dirigée en haut et en arrière.

Au niveau de cette base, les deux feuillets constituant le ligament large, se réfléchissent, l'antérieur en avant sur le plancher et la vessie, le postérieur en arrière sur la paroi pelvienne.

Le ligament large est soulevé par le ligament rond.

Von Gubaroff a décrit sous le nom de mésentère cellulaire du ligament rond, une cloison qui double le feuillet péritonéal antérieur du ligament large. Il s'agit probablement tout simplement de la doublure musculaire lisse du péritoine, continue, avec le tissu utérin, et dont le ligament rond représente une sorte de condensation supérieure. Lorsque cette couche est épaisse, elle permet de pénétrer dans l'intervalle des deux lames péritonéales par l'incision d'Altuchoff, entre la trompe et le ligament rond, et de les séparer ainsi l'une de l'autre, jusqu'à la paroi, et même de continuer à décoller la partie du feuillet postérieur réfléchie sur le bassin, jusqu'au niveau de l'artère utérine à son origine.

En arrière du ligament large, on trouve la saillie de l'orifice de l'entonnoir péritonéal de Douglas : c'est l'organe dit bien à tort utéro-sacré, puisqu'il est formé de fibres lisses sous-péritonéales unissant le rectum à l'utérus.

Entre cette saillie et le ligament large, en existe une autre plus importante pour le chirurgien : elle est formée par le bord supérieur libre du pédicule vasculaire des organes pelviens, (artère hypogastrique et ses branches, uretère, etc... intimement unis), qui soulève la lame de tissu conjonctif condensé doublant le péritoine et appelée gaine hypogastrique. Cette lame ainsi soulevée a donc deux versants, un antérieur et un postérieur séparés par une crête qui regarde en dedans, vers l'utérus, et est dirigée verticalement : cette crête est formée

d'abord par l'artère iliaque interne recouverte par l'uretère, puis par l'artère utérine.

Cette gaine hypogastrique, isolée en pénétrant profondément entre le vagin et le rectum après section longitudinale ou désarticulation du sacrum et en s'engageant entre la vessie et le plancher pelvien, présente d'abord une lame postérieure, aplatie d'avant en arrière, et de forme trapézoïde, vue d'arrière.

La petite base du trapèze s'étend de l'origine à la terminaison des vaisseaux utéro-vaginaux, du détroit supérieur à l'épine sciatique.

« La grande base est beaucoup plus étendue, car elle représente la ligne de pénétration des vaisseaux dans l'utérus et le vagin, depuis le voisinage de la corne utérine jusque vers la fin du vagin au plancher pelvien. »

Le bord supérieur, qui est la crête de la gaine, libre, s'étend de la bifurcation iliaque à l'utérus, au voisinage duquel il se relève rapidement le long de l'organe avec l'artère utérine, mais s'engage alors entre les deux feuillets du ligament large.

Le bord inférieur, libre aussi, s'applique à la paroi et au plancher pelviens, de l'épine sciatique au plancher uro-génital.

La lame antérieure de la gaine hypogastrique se dédouble en deux lames secondaires, l'une postérieure, utéro-vaginale, l'autre antérieure, vésicale. On peut séparer l'une de l'autre la lame utéro-vaginale et la lame vésicale, depuis l'utérus jusqu'au point où l'uretère pénètre la masse primitive.

La crête de la gaine ainsi décrite se trouve en arrière de la crête du ligament large. Ce n'est qu'à leurs extrémités que les deux crêtes se rejoignent : elles circonscrivent ainsi dans leur intervalle une portion de la paroi pelvienne. Cette portion de paroi, en forme de fuseau, est la fossette ovarienne. Cette fossette est naturellement tapissée par le feuillet péritonéal postérieur du ligament large, après sa réflexion sur la paroi pelvienne.

Cette fossette, ainsi décrite, est une région chirurgicale, car on y trouve toujours, plus ou moins aisément il est vrai, l'artère utérine à son origine.

Née de l'iliaque interne, par un tronc commun avec l'ombilicale, ou isolément, l'artère utérine s'engage entre la paroi pelvienne et l'uretère, et passe immédiatement au-devant de l'uretère qu'elle accompagne ainsi ; puis, l'uretère, s'enfonçant en bas et en avant pour se diriger vers la vessie, passe au-dessous de l'artère qui, dès lors, occupe le faîte de la lame utéro-vaginale : à son origine donc l'artère est devant l'uretère qui est le repère fondamental pour la ligature de l'artère dans la fossette ovarienne.

Il faut ajouter que, lorsque la gaine hypogastrique pénètre tôt entre les deux feuillets du ligament large, la fossette ovarienne est moins nette, et diminue surtout dans le sens transversal ; mais ce n'est généralement pas le cas.

On peut isoler les deux faces de la gaine hypogastrique en pénétrant par le vagin par deux incisions, une dans le cul-de-sac antérieur, l'autre dans le cul-de-sac postérieur. En incisant le cul-de-sac latéral, et en écartant les deux lèvres de la plaie, on peut séparer la portion vaginale de la portion utérine.

« La portion utérine du pédicule serait triangulaire en coupe sagittale, avec sommet supérieur et base inférieure, car la lame utéro-vaginale présente son maximum d'épaisseur au niveau du col. »

Il est très facile de pincer ce pédicule entre les mors d'un clamp et de l'entourer d'un fil à ligature qui embrasse ainsi à la fois l'utérine et ses branches, les veines utérines, les nerfs, etc. . ; c'est essentiellement l'opération de Martin-Gottschalk, dite à tort ligature de la base du ligament large, puisque, excepté tout près de l'utérus, gaine et ligament sont, comme il a déjà été dit, deux choses bien distinctes.

Le cordon vasculaire utéro-ovarien et la gaine hypogastrique avec son contenu, ne représentent pas seulement des voies vasculaires et nerveuses : Ce sont encore des moyens de fixité réels pour l'utérus, le premier, par l'intermédiaire de la trompe et de l'ovaire, la seconde, directement. Seulement, en raison de sa courbure et de sa longueur plus grande que celle du cordon vasculaire, la gaine hypogastrique tolère des déplacements de l'utérus en haut ou en bas, après section du cordon vasculaire : c'est pourquoi d'une part on a vu des prolapsus utérins à la suite de la castration bilatérale, et, d'autre part, dans l'hystérectomie abdominale, il est avantageux de couper d'abord les deux cordons vasculaires.

« La disposition générale des pédicules vasculaires de l'utérus étant connue, nous pouvons aborder l'étude de ses vaisseaux.

On admet trois artères principales susceptibles d'être pédiculisées : l'utérine, l'utéro-ovarienne, l'artère du ligament rond. Il existe deux voies anastomotiques étalées en surface : la voie vaginale, importante ; la voie sous-péritonéale, de second ordre. »

I

ARTÈRE UTÉRINE.

« Typiquement, l'artère utérine se distribue à l'utérus tout entier, depuis le col jusqu'au fond ; à la moitié interne de la trompe et de l'ovaire au moins, à la partie supérieure du vagin, et accessoirement à la vessie et à l'uretère.

L'artère spermatique interne ne donne rien à l'utérus. La ligature effective des utérines doit donc, abstraction faite du retour du sang par voie anastomotique, assécher l'utérus tout entier.

Rarement, l'artère utérine laisse à la spermatique interne le soin d'irriguer le fond de l'utérus. En ce cas, la ligature de l'utérine ne peut qu'anémier imparfaitement l'organe.

Telles sont les deux propositions que l'examen de nos pièces et des dessins d'après nature fournis par Hyrtl, Broeckaert, Nagel, etc..., nous font considérer comme vraies. »

L'auteur s'appuie, pour avancer ces propositions, d'abord sur l'embryologie, chaque moitié de l'utérus accompagné de sa trompe provenant d'un canal de Muller et chaque canal de Muller possédant son artère qui l'irrigue d'un bout à l'autre ; puis sur l'anatomie comparée, les Animaux à utérus bicorne ayant une artère utérine se distribuant à la corne d'un bout à l'autre ; enfin, il s'appuie surtout sur les pièces qu'il a vues et disséquées, avec ou sans injection préalable, et dont toutes, sauf une, correspondent à ce type.

D'ailleurs, c'est aussi l'avis de M. Broeckaert, de MM. Weber et Theile, de M. Souligoux et de M. Poirier.

S'il en était toujours ainsi, la ligature de l'utérine, bien faite, suffirait pour faire l'hémostase de l'utérus. Il resterait toutefois à prouver qu'en cas de tumeur siégeant près du fond de l'utérus, la circulation n'est pas renversée au profit de la spermatique interne : malheureusement aucune pièce ne permet de démontrer ou réfuter cette hypothèse.

Cependant on a vu réellement des sujets chez lesquels l'artère spermatique interne, vraie utéro-ovarienne, fournissait sûrement des vaisseaux à l'utérus. Hyrtl a représenté de telles artères ; M. Farabeuf dit en avoir vu. Une pièce de l'auteur en est une preuve très belle ; mais dans ce cas unique, une vieille Femme, l'utérus était petit et atrophié, le pédicule hypogastrique très induré, et l'autre côté réalisait la disposition typique : ce n'était donc peut-être dans ce cas qu'une disposition acquise accidentellement, bien que la situation de l'anastomose entre l'utérine et la spermatique permette d'en douter.

L'UTÉRINE CHEZ L'ENFANT NOUVEAU-NÉ.

Pour comprendre la disposition d'ensemble de l'utérine et son croisement avec l'uretère, il est bon de la disséquer d'abord chez un fœtus à terme ou un enfant nouveau-né.

A cet âge, l'iliaque primitive se divise en deux branches, iliaque externe et ombilicale. Les ombilicales croisent l'utérus au niveau du cul-de-sac vaginal et encadrent l'utérus et les deux bords latéraux de la vessie en convergeant en haut vers l'ombilic. Elles sont surcroisées par les deux uretères qui, eux, convergent en bas vers la vessie.

L'utérine naît de l'ombilicale au niveau de ce croisement et passe au-dessus de l'uretère en formant une crosse à concavité opposée à celle de l'uretère, c'est-à-dire en bas.

Après avoir fourni une branche vésicale pour le fond et la partie postéro-supérieure de la vessie, l'utérine se recourbe et se dirige en haut, parallèlement à l'utérus, mais à distance de lui et sans sinuosités, entre les deux lames du ligament large.



Elle abandonne dans son trajet ses branches utérines, puis se termine en se divisant en une branche antérieure ou salpingienne et une branche postérieure ou ovarienne, anastomosées chacune avec des branches correspondantes de la spermatique interne.

Au niveau du col et au moment de se recourber en haut, l'utérus abandonne deux branches, les deux premières de la série qu'elle donnera sur les deux faces du corps de l'utérus, une antérieure et une postérieure, cervico-vaginales : mais ces branches sont parfois si volumineuses, qu'il semble qu'au lieu d'être de simples branches, elles forment avec la partie verticale de l'utérine, les divisions terminales de l'artère : en tout cas elles forment avec celles du côté opposé une bague artérielle très riche et très superficielle : il en part des artères vaginales descendantes.

L'UTÉRINE CHEZ L'ADULTE.

Chez l'adulte, c'est la même disposition typique.

L'artère naît du tronc de l'hypogastrique, soit d'un tronc commun avec l'ombilicale, soit isolément au-dessous de l'ombilicale. Cette origine de l'artère est cachée par l'uretère ; mais l'artère ne tarde pas à passer au-devant de l'uretère en le croisant profondément, à une distance variable.

Puis, après un trajet pariétal dans la fossette ovarienne, l'artère, à deux centimètres environ de l'utérus, décrit une courbe à convexité inférieure répondant au niveau de l'orifice externe du col, et croise ainsi l'uretère qui continue à se porter obliquement en avant, en bas et en dedans en se rapprochant de la ligne médiane ; elle se porte donc, presque transversalement, en dedans jusqu'à l'union du col et du corps de l'utérus, et là devient verticalement ascendante.

Peu flexueuse jusqu'au niveau de l'orifice interne du col, l'artère utérine, à partir de cet orifice, point où elle devient verticale, remonte le long du bord de l'utérus, tout contre lui, en décrivant des flexuosités extraordinaires ; c'est ce qui a inspiré à Luschka l'idée de comparer ces paquets artériels et leurs branches, surtout au moment de la grossesse, à un anévrysme cirsoïde.

BRANCHES COLLATÉRALES.

Près de son origine, l'utérine émet plusieurs rameaux qui semblent se porter vers la paroi, mais qui, en réalité, vont se ramifier dans le groupe des veines utéro-vaginales antérieures.

Au milieu de sa courbe, l'artère fournit généralement une ou deux branches cervico-vaginales de gros calibre.

Par suite de l'existence de ces branches longues et volumineuses, une ligature portant sur le tronc utérin et à distance de l'origine, peut laisser perméables des branches importantes. Il faut donc lier le tronc et les branches. Lorsqu'on opère par le vagin, ces grosses branches peuvent induire en erreur, et faire croire qu'on a lié le tronc principal.

« On comprend donc l'avantage présenté par la ligature en masse de la gaine vasculaire avec son contenu. Elle enserre le tronc et les branches, c'est-à-dire toute l'utérine. » Théoriquement elle est préférable à celle de l'artère à son origine, car les branches fournies par l'utérine sont anastomosées avec les artères de la vessie et du vagin. Les grosses branches longues peuvent d'ailleurs naitre beaucoup plus près encore de la paroi, comme le montre le beau dessin de Hyrtl d'un cas de ce genre.

Il y a presque toujours des branches urèterales, mais qui ne pénètrent pas immédiatement l'uretère, ce qui fait qu'on peut facilement décoller l'artère de l'uretère. Les branches vésicales sont assez constantes, mais de disposition variable. Enfin, la portion flexueuse de l'artère utérine émet de nombreuses branches pour le corps de l'utérus, les unes antérieures, les autres postérieures qui, quoi qu'on en dise, sont de calibre semblable à celui des branches antérieures.

BRANCHES TERMINALES.

Généralement, arrivée au niveau du ligament rond, l'artère utérine, après avoir donné plusieurs grosses branches utérines, cesse d'être flexueuse, se recourbe en dehors, au-dessous du ligament de l'ovaire et se divise immédiatement en deux branches terminales : une postérieure, principale, ovarienne et anastomatique, une antérieure, salpingienne, moins volumineuse.

La branche salpingienne s'engage au-dessous du ligament de l'ovaire et de la trompe, où on l'aperçoit sous le feuillet péritonéal antérieur de l'aileron de la trompe. Elle se termine au niveau de l'ampoule en s'anastomosant avec la branche salpingienne de la spermatique interne.

La branche postérieure (ovarienne anastomatique) se divise en deux branches : l'une, ovarienne, donne des rameaux en tire-bouchon à la moitié interne de l'ovaire et s'anastomose habituellement avec une branche ovarienne de la spermatique interne ; l'autre, anastomotique, reste à distance au-dessous de l'ovaire et se termine en un point indéterminé au delà du milieu de l'organe, en s'anastomosant à plein canal avec une branche de la spermatique interne.

« Il est donc manifeste qu'il faut ajouter avec Broeckaert aux trois segments classiques de l'utérine une quatrième portion, qu'il a appelée transversale ou ovarique. Cette quatrième portion fournit d'habitude à son origine quelques artérioles peu importantes pour le ligament large et la surface du ligament rond. L'artère du ligament rond, généralement petite, vient se jeter, au niveau de la terminaison utérine du ligament, dans l'utérine ou ses branches (d'ordinaire la salpingienne antérieure). »

TERMINAISONS DE L'UTÉRINE DANS L'UTÉRUS.

L'admirable travail de Hyrtl a résolu cette question depuis longtemps et c'est à lui que sont empruntés la plupart des détails qui vont suivre.

Chacune des huit ou dix branches que donne l'utérine à l'utérus, se divise aussitôt sa naissance, en deux vaisseaux, l'un antérieur, l'autre postérieur, qui pénètrent dans le tissu utérin.

Les divisions artérielles, qui ont toutes un trajet sinueux et pelotonné, se disposent dans les parois utérines en trois couches que l'on voit surtout nettement sur l'utérus gravide : une couche sous péritonéale, une couche sous-muqueuse, et une couche intermédiaire ou parenchymateuse.

Leurs anastomoses sont très riches. Toutes les branches des artères utérines communiquent entre elles. En effet, d'un côté à l'autre, elles s'anastomosent par inosculation, d'où il résulte que la ligature d'une artère utérine ne prive point de sang le côté correspondant ; du même côté, elles sont reliées par des anastomoses verticales, d'abord entre elles, ensuite, aux extrémités de l'utérus, aux vaginales en bas, aux spermatiques, en haut, d'où il résulte que si l'on tarit les deux utérines, tout l'utérus peut encore être irrigué ; enfin, elles s'unissent encore de couche à couche, ce qui rend les trois couches, sous-péritonéale, sous-muqueuse et parenchymateuse, solidaires les unes des autres.

« Nous avons donc le droit de dire qu'on ne peut raisonnablement espérer assécher le territoire des utérines qu'à la condition de les lier l'une et l'autre complètement, c'est-à-dire en masse avec la gaine hypogastrique, le plus près possible de l'utérus : cela n'est guère facile que par le vagin. Encore faut-il craindre le retour du sang par le haut, par le bas, et par la surface. Les spermatiques sont accessibles par l'abdomen, mais elles sont peu importantes. Quant à la voie vaginale, nous verrons plus tard qu'on peut l'atteindre aisément jusqu'à un certain point par le vagin lui-même. »

LES VEINES ET L'URETÈRE.

La dissection de l'utérine et de ses branches est rendue très pénible par suite de l'existence d'un lacis veineux presque inextricable, adhérent très intimement aux artères. La systématisation de ces veines est assez difficile. La description suivante, faite par l'auteur d'après ses dissections, ressemble d'ailleurs à celle de M. Farabeuf.

Il y a sur les côtés de l'utérus un groupe de veines situées en avant, en arrière et en dehors de l'artère utérine.

Ce plexus se vide, du côté supérieur, par les veines utéro-salpingo-ovariennes, et du côté inférieur, par la veine utérine



proprement dite qui est située au-devant de l'artère : cette veine reçoit à son origine un groupe veineux vaginal antérieur.

Près de l'utérus, la veine est, comme l'artère, placée au-dessus et en arrière de l'uretère, et se comporte par rapport à lui comme l'artère elle-même : elle se surcroise, passe au-devant de lui, puis s'engage au-dessous de lui pour devenir postérieure, mais elle fait ce dernier changement de rapport avant d'avoir atteint la paroi pelvienne, c'est-à-dire qu'elle abandonne l'artère et passe au-dessous d'elle comme au-dessous de l'uretère.

Il y a un second groupe veineux, né de la vessie et d'anastomoses avec les obturatrices. Ces veines se dirigent en arrière en croisant aussi l'uretère à angle très aigu, et deviennent plus postérieures encore, par rapport à lui, que les veines utérines dans lesquelles elles se terminent au moment où ces dernières vont se jeter dans l'hypogastrique. Le long du col utérin, elles reçoivent des veines vaginales postérieures. Ce groupe veineux s'anastomose avec les veines vaginales antérieures, en entourant l'uretère d'un plexus veineux qui le fixe et empêche de le décoller, ainsi que la vessie, du pédicule utéro-vaginal aussi loin qu'on le croirait.

Dans tous les cas, on ne court aucun risque d'inclure l'uretère dans une ligature du paquet vasculaire utérin, si on reste assez près de l'utérus et si on l'a aussi bien décollé que possible en même temps que la vessie, de la gaîne utéro-vaginale.

Par suite des rapports de ces veines avec l'artère, il est difficile d'isoler l'artère utérine et ses branches : on pourrait peut-être lier en masse par la voie transpéritonéale, comme par la voie vaginale, sans danger pour l'uretère, après un décollement étendu de la vessie, mais moins facilement à coup sûr que par la voie vaginale. Mais si on lie près de l'utérus le tronc utérin seulement, nous avons déjà vu que l'hémostase est incomplète.

En revanche, les veines ne gênent en rien si on lie l'utérine près de son origine, par la voie transpéritonéale : pour cette ligature, le repère, c'est l'uretère. Langer l'a écrit en 1885; von Gubaroff l'a répété avec insistance; M. Farabeuf l'enseigne depuis longtemps.

L'uretère est donc une bonne ligne chirurgicale, séparant l'espace compris en arrière du ligament large, en deux zones : l'une, antérieure et accessible, où l'on trouve l'artère utérine, c'est la fossette ovarienne ; l'autre postérieure et dangereuse, où se trouvent l'artère hypogastrique et ses branches, la veine hypogastrique et ses affluents énormes.

Dans la fossette ovarienne, on trouve deux troncs artériels, l'utérine et l'ombilicale, nées ensemble ou séparément : généralement l'ombilicale naît plus haut que l'utérine, mais le contraire se voit aussi : d'ailleurs, il n'y a aucun inconvénient, s'il y a doute, à lier les deux artères. Quant à l'artère obturatrice qui traverse la région, elle naît plus haut, et reste haute, profondément appliquée à la paroi.

II.

ARTÈRE SPERMATIQUE INTERNE DITE A TORT UTÉRO-OVARIENNE.

L'étude précédente de l'artère utérine légitime cette dénomination adoptée à l'étranger.

La spermatique interne, née de l'aorte au voisinage des rénales, croise superficiellement l'uretère et se place en dehors de lui avec les veines correspondantes, au-dessus de la bifurcation iliaque. Elle forme ainsi le bord supérieur, épais et libre, du ligament large, jusqu'au pôle supéro-externe de l'ovaire et à la trompe, au point où ces deux organes s'unissent par la frange ovarienne.

D'abord peu flexueuse, l'artère se met ensuite à décrire des méandres compliqués.

Les veines salpingo-utéro-ovariennes, qui constituent le cordon avec l'artère spermatique, sont d'un calibre supérieur à celui de l'artère, mais ne sont pas flexueuses.

Dans son trajet, l'artère spermatique interne émet, près du bassin, quelques branches fines pour le péritoine : quelquefois elle donne une branche assez volumineuse au cœcum et au côlon ascendant; quelquefois elle en donne une autre qui revient à la paroi pelvienne entre les feuillets du ligament large et s'anastomose avec le réseau sous-péritonéal.

Enfin l'artère se termine à peu de distance de l'ovaire, en se divisant, typiquement, en trois branches, une salpingienne externe, une ovarienne et une branche anastomotique.

La branche salpingienne remonte le long de la frange de la trompe, puis longe la trompe en soulevant le feuillet péritonéal postérieur de l'aileron, et se termine en s'anastomosant dans la région de l'ampoule avec la branche salpingienne de l'utérine peu flexueuse elle-même, elle donne des branches très flexueuses à l'ovaire, au pavillon, à l'ampoule et au péritoine.

La branche ovarienne reste postérieure par rapport aux feuillets du ligament large, ou le devient, si elle ne l'était déjà. Elle fournit plusieurs branches flexueuses à la moitié externe de l'ovaire, et se termine en s'anastomosant avec la branche homologue de l'utérine : quelquefois ces branches ovariennes forment ainsi une arcade sous-ovarienne d'où naissent les artères de l'ovaire.

Enfin, la branche anastomotique, située plus bas que la précédente et sous le feuillet péritonéal postérieur, continue le tronc de la spermatique, et se termine, sans avoir donné de branches, en s'anastomosant en un point indéterminé avec la branche anastomotique de l'utérine, qui est beaucoup plus grosse qu'elle, ce qui prouve que la spermatique ne fournit pas à l'utérus.

Toutefois, cette voie anastomatique alimentée par la spermatique et les anastomoses sous péritonéales, pourra, en cas de ligature de l'utérine, ramener du sang à l'utérus. Les renseignements sur la question du développement, total ou partiel, de la spermatique, pendant la grossesse, et par conséquent de l'apport normal du sang à l'utérus par la spermatique dans cette circonstance, manquent totalement. Enfin il est avéré que dans quelques cas, l'artère spermatique fournit réellement au fond de l'utérus.

Par conséquent, pour avoir une hémostase aussi parfaite que possible de l'utérus, il faut non seulement lier les utérines, mais aussi lier les spermatiques : c'est au niveau du cordon utéro-ovarien que cette ligature est le plus facile : de plus, elle a l'avantage d'interrompre le cours du sang des veines salpingo-utéro-ovariennes, et de détruire des nerfs, ce qui aide à l'atrophie de l'utérus.

En liant, près de l'utérus, l'artère que l'on trouve sous la trompe et l'ovaire, on ne lie pas, comme on l'a cru, la spermatique, mais la branche anastomotique de l'utérine seulement et on n'interrompt pas les communications de l'utérine avec la spermatique avec l'utérine par les branches salpingiennes et ovariennes par le réseau de la trompe et du péritoine : cette dernière voie mérite peut-être plus d'attention qu'on ne le croit. On sait que, dans l'hystérectomie abdominale, la branche du ligament large saigne quelquefois très abondamment : aussi quelques opérateurs attribuent-ils les bons effets de la castration sur les fibromes, à ce que l'opération supprime une bonne partie du ligament large et réalise ainsi une bonne hémostase de la spermatique interne.

III

ARTÈRE DU LIGAMENT ROND OU SPERMATIQUE EXTERNE.

Cette artère, qui vient de l'iliaque externe à l'utérus par l'intermédiaire du ligament rond, est de bien faible importance relativement à l'utérine et à la spermatique interne.

Il est classique de dire que l'artère du ligament rond est fournie par l'épigastrique au moment où celle-ci naît de l'iliaque externe et contourne le ligament rond. Aussi Gubaroff a-t-il proposé de lier l'épigastrique pour assécher le territoire de l'artère du ligament rond.

Mais, dans certains cas au moins, cette ligature serait inefficace ; l'artère du ligament rond peut en effet naître de la circonflexe iliaque.

D'abord superficielle et parallèle aux fibres lisses du ligament rond, l'artère, après avoir fourni quelques artérioles au péritoine, pénètre dans l'intimité du faisceau musculaire lisse et y est flexueuse ; elle y est entourée d'une gangue veineuse, ou accompagnée d'une veine plus ou moins flexueuse. Au niveau de l'utérus, elle se recourbe comme pour pénétrer dans le ligament large et s'anastomose, en s'abouchant largement par une ou deux branches, avec la branche salpingo-ovarienne de l'utérine. Mais il est difficile de dire si l'artère apporte du sang

à l'utérus ou en reçoit. — Pour la lier, le plus simple et le mieux est de lier en masse le ligament rond : cette ligature peut d'ailleurs être faite à n'importe quel niveau, l'artère ne donnant pas de branches, dans son trajet intra-ligamentaire : de plus, elle a l'avantage de couper la voie anastomatique sous-péritonéale entre les branches superficielles de la spermatique externe et les branches fournies au ligament par l'utérine.

IV

ARTÈRES DU VAGIN.

Ces artères présentent une certaine importance, car elles sont volumineuses et s'anastomosent avec les utérines au niveau de leur terminaison, et peuvent par conséquent ramener le sang dans le territoire de l'utérine, après ligature de ce vaisseau.

Les artères du vagin proviennent de sources très diverses, et il est très difficile d'en donner une description typique ; elles viennent de l'utérine, de l'ombilicale, des autres branches de l'hypogastrique, etc.., c'est-à-dire de sources très nombreuses dont M. Farabeuf a donné une bonne systématisation : mais leur situation seule est importante.

Les artérioles qui tapissent les faces du vagin sont volumineuses et s'anastomosent entre elles et avec les utérines : on les coupe en incisant le cul-de-sac vaginal pour aller à la recherche de l'utérine, et la suture de la plaie fait leur hémostase temporaire : celles qui sont situées à la partie inférieure du vagin, mais ne viennent pas de l'utérine, restent intactes. D'ailleurs, on ne peut penser à assécher le réseau vaginal vu la multiplicité de ses origines et il ne faudrait pas croire qu'on pourrait y arriver en liant l'hypogastrique : tout ce qu'on peut faire, c'est d'interrompre ses communications avec l'utérine, par l'incision.

CONCLUSIONS.

L'utérus est normalement vascularisé par deux artères seulement, les utérines.

Le système des artères utérines s'anastomose avec celui des spermatiques internes et externes par inosculation et par l'intermédiaire du réseau sous-péritonéal.

Les spermatiques internes dites à tort utéro-ovariennes, se distribuent uniquement à la moitié externe de l'ovaire, dont la moitié interne est irriguée par les utérines ; il est exceptionnel qu'elles fournissent au fond de l'utérus.

Le réseau vaginal s'anastomose largement en avant et en arrière avec les divisions cervicales superficielles de l'utérine.

Le réseau sous-péritonéal du ligament large est très riche et très important.

Il faut distinguer absolument le ligament large de la gaîne hypogastrique.

L'ovaire est logé dans une dépression péritonéale comprise entre le ligament large et le pédicule vasculaire des organes pelviens.

L'uretère est un repère de premier ordre pour la ligature de l'utérine dans la fossette ovarienne.

L'utérine émet des branches cervico-vaginales, nées loin de l'utérus.

On n'est sûr d'avoir lié toute l'utérine qu'à la condition d'avoir lié le tronc et les branches longues en les prenant en masse avec la portion utérine du pédicule utéro-vaginal, près de l'utérus.

Les veines utérines ne représentent que l'une des voies de retour du sang utérin ; elles se comportent comme l'artère par rapport à l'uretère.

Chez l'enfant, l'artère utérine n'est pas flexueuse, pénètre immédiatement dans le ligament large et chemine à distance des bords de l'utérus.

G. BOURGUIGNON.

REVUE FRANÇAISE

J. Lwoff. — COLPOTOMIE POSTÉRIEURE POUR LES INFLAMMATIONS DES ANNEXES DE L'UTÉRUS ET POUR LEURS NÉOFORMATIONS. (*La Gynécologie*, août 1897.)

En 1892, dans le journal « *Wratsch* » (russe), j'ai publié mon premier article « sur l'ablation des annexes de l'utérus et de leurs néoformations par la voie vaginale ». J'ai recommandé dans ce traité, m'appuyant sur mes observations cliniques, un nouveau manuel opératoire pour enlever, dans certains cas, les annexes de l'utérus et leurs néoformations de grande dimension par le cul-de-sac postérieur. Cet article ne fit apparaître qu'une seule remarque du Dr *Tipiakow* dans le même numéro du journal « *Wratsch* » où il se prononce contre cette opération. Je répondis à cette remarque par un autre article dans le même journal de l'année 1892, où je démontrais, par de nouvelles observations cliniques, l'opportunité et la supériorité de cette opération vis-à-vis de la laparotomie dans certains cas. Ensuite, jusqu'à 1895, on ne porta aucune attention à ma proposition, et ce n'est qu'à partir du moment où, dans la littérature allemande, on se mit à étudier la question de la vagino-fixation utérine, et plus tard, quand M. le professeur *Dührssen* proposa d'enlever les annexes de l'utérus et quelques-unes des tumeurs de cet organe à l'aide de la colpotomie antérieure, que la question de l'importance de la colpotomie postérieure pour l'ablation des annexes malades de l'utérus et de leurs néoformations devint à la mode dans les pages de la presse médicale spéciale. Actuellement, la littérature de cette question est assez grande et je n'en ferai pas le relevé ici, d'autant plus qu'à ce sujet va paraître prochainement dans la presse un travail spécial de mon collègue M. le Dr P. *Teplow*. Je ne veux à l'heure qu'il est que totaliser brièvement mes données cliniques concernant la colpotomie postérieure.

A proprement parler, cette opération fut exécutée pour la première fois par *Allee* en 1857 qui y arriva par hasard, et c'est *Gaillard Thomas* et *Battey* qui commencèrent à l'appliquer avec raison depuis 1870. Bien que, de 1870 à 1874, cette opération fût pratiquée d'une manière ou de l'autre, les résultats, faute d'antiseptie satisfaisante, en furent tellement peu brillants, que plusieurs des personnes qui firent cette opération, comme Battey, la quittèrent pour la laparotomie. Il faut dire que l'opération, même dans la plupart des cas de ce temps, n'avait pas le caractère d'une opération radicale, bien qu'elle fût décrite sous le nom de colpotomie postérieure. A l'appui de mes paroles, je mentionnerai le travail statistique de Mignon de 1878, cité par tout le monde. On décrit dans cet ouvrage 113 cas de colpotomie avec 73 guérisons. Examinant en détail tous ces cas, nous verrons que, de ce nombre, il n'y a que deux cas de colpotomie postérieure où, à l'aide de cette opération, furent enlevés les organes malades ; dans le reste des cas on se borna à faire le colpoparacentesis, sans faire aucune tentative pour enlever les organes malades.

Plus tard, l'entraînement général pour les laparotomies, qui donnèrent des résultats inouïs, fit abandonner ce manuel, et il resta dans l'oubli jusqu'à 1890. Mais les opérateurs, qui pratiquèrent la laparotomie dans les cas d'annexes malades, ne manquèrent pas de concevoir un doute quant à l'opportunité de cette opération dans beaucoup de ces cas. Des adhérences fortes et de grande étendue des annexes malades avec les organes environnants, leur situation tout au fond du bassin, la pénétration fréquente du contenu purulent des trompes malades pendant l'opération dans la cavité abdominale avec l'issue déplorable, tout ceci ne permettait pas de terminer complètement l'opération ou donnait dans ces cas-là une grande proportion de mortalité.

Ayant pris en considération ce qui précède et après avoir acquis pendant mes opérations de laparotomie la persuasion que les adhérences des annexes malades avec les parties du corps environnantes sont d'autant plus faibles et lâches qu'elles sont situées plus profondément dans le cul-de-sac de Douglas et que les annexes enflammées sont dans ces cas déplacées en bas au fond du Douglas et sont facilement accessibles par le vagin, je me suis mis, en 1891, à enlever dans certains cas les annexes malades de l'utérus par la voûte postérieure (et la première opération eut lieu le 10 février 1891). Par la même voie j'ai commencé à enlever les néoformations des ovaires dans les cas où ces organes étaient profondément enclavés dans le bassin.

Jusqu'au mois d'août de 1897, mes collègues et moi nous fîmes en tout 122 colpotomies postérieures dans ma section à l'hôpital cantonal du gouvernement de Kazan et à la Maternité de Lichatscheff. (Personnellement, j'en ai fait 82, le Dr *Teploff* 39, et le Dr *Kasperjcak* une seule) ; de ce nombre on fit 33 opérations pour les néoformations des annexes et 89 pour les inflammations. De 33 cas avec les néoformations il y avait :



Kystes monoloculaires de l'ovaire............	16
Kystomes proliférants de ce dernier..........	7
Kystes dermoïdes...........................	6
Kystes du parovarium......................	1
Sarcomes de l'ovaire.......................	2
Fibrome du ligament large..................	1

Dans ces cas, 9 fois on n'enleva que les néoformations et les autres fois on enleva aussi les annexes restées à cause de leur altération : dans 4 cas il y a eu en même temps pyosalpinx. Toutes ces malades guérirent.

Quant aux autres 89 cas, où on pratiqua l'opération pour des inflammations des annexes, on peut les classer d'après leur étiologie de la manière suivante : maladies des annexes, suites d'infection pendant l'accouchement ou l'avortement 37 cas ; les mêmes affections se développèrent au commencement de la vie sexuelle des Femmes (infection blennorragique et mixte) dans 31 cas. La cause de la maladie n'est pas exactement connue dans 19 cas ; et 2 cas de grossesse tubaire. On trouve un contenu purulent dans les trompes (salpingites purulentes et pyosalpinx) dans 32 cas.

Extirpation bilatérale des annexes..........	dans	14	cas
— unilatérale.... —	»	42	»
— bilatérales des ovaires seulement......	»	5	»
— unilatérale.... —	»	4	»
— unilatérale des trompes...............	»	9	»
— bilatérale —	»	1	»
— de deux trompes et d'un seul ovaire...	»	5	»
— — — et résection des ovaires d'après *Hedra*........................	»	4	»

On fit la colpotomie conservatrice 7 fois.

De ce nombre, 4 personnes sont mortes à la suite de l'ablation des annexes purulentes. Donc le % général de mortalité, que j'ai eu par la colpotomie, est égal à 3 %.

L'âge des malades fut extrêmement différent : la plus jeune avait 18 ans, et la plus âgée en avait 60 ; mais la majorité des cas, 96, tombe sur l'âge de 20 à 35 ans. Il y a eu 44 Femmes nullipares et 78 qui ont accouché. Quant à la durée de la maladie avant l'opération, je ne citerai que les données concernant les processus inflammatoires, étant donné qu'il est bien difficile d'apprendre de la malade le début de l'affection ; quand il s'agit d'une tumeur, ordinairement les Femmes désignent, comme commencement de leur maladie, l'apparition des complications quelconques qui les ont forcées à s'adresser au médecin.

La maladie dura moins d'une année................	dans	11	cas
— — d'un an à 5..........................	»	40	»
— — de 5 à 10............................	»	22	»
— — enfin de 10 à 20......................	»	11	»

Quant aux cinq derniers, le début de la maladie est difficile à préciser.

La durée de l'opération a varié de 7 à 30 minutes depuis l'inhalation du chloroforme, car, dans les cas simples, sans adhérences particulières, l'opération fut instantanée.

L'opération se faisait ordinairement de la manière suivante : on saisissait l'utérus par le col, à l'aide des pinces de Museux, et on l'attirait le plus bas possible. Au préalable on désinfectait avec soin les organes génitaux externes, la partie inférieure de l'abdomen et les hanches de la malade, en même temps on rasait toujours la vulve. Après l'abaissement de l'utérus, on lavait bien le vagin et le col ainsi que le canal cervical, en ayant soin d'en frotter les parois avec les doigts. Je faisais le lavage avec une solution de trichlorure d'iode à 1/2000 ; au préalable, on désinfectait le vagin pendant trois jours à l'aide d'une injection au sublimé et de tampons à l'ichthyol.

Ensuite on incisait la voûte postérieure avec un bistouri ou avec des ciseaux, en même temps on tâchait d'ouvrir le péritoine du même coup, ce qui est facile dans la plupart des cas et réussit parfaitement. Après cela, on élargissait l'ouverture à l'aide des ciseaux jusqu'à deux ou trois travers de doigt ; en cas où les bords de l'ouverture saignaient ou si on supposait la présence du pus dans les annexes, on réunissait la plaie de la voûte avec le péritoine, à l'aide d'une ou deux sutures. Cela fait, on décollait les adhérences des parties à enlever et si elles étaient comparativement haut placées, alors en faisant une pression sur l'abdomen de la malade, on abaissait les annexes et on les séparait complètement des parties environnantes. Dans nos opérations, il n'y avait pas un seul cas sans adhérences : la plupart en possédaient d'assez fortes. Quant aux adhérences avec l'épiploon que nous avons vues dans huit cas, elles furent séparées au moment où les annexes, destinées à l'ablation, étaient attirées dans le vagin : en outre, dans cinq cas, l'épiploon fut complètement enlevé. On n'a pas observé une seule fois de fortes adhérences avec les intestins ; quant aux légères, on les décollait en même temps qu'on isolait l'organe à enlever. Ensuite on approchait, avec les doigts, les annexes dans la plaie et on les attirait dans le vagin. En présence d'une grande tumeur, après l'avoir abaissée jusqu'à la plaie de la voûte, on la saisissait à l'aide des pinces de Museux, la faisant descendre petit à petit tout entière, ou bien après une ponction préalable. Si l'ovaire à enlever glissait, on l'attirait près de la plaie dans la voûte en le saisissant par le pédicule — trompe de Fallope avec le lig. ovarii. Il est bien rare qu'on perdît quelques minutes pour attirer les annexes à enlever, ordinairement cela se faisait en un instant. Après l'abaissement des parties à enlever dans le vagin, on appliquait sur leur base une ou plusieurs ligatures, d'ordinaire à la soie, et on sectionnait les parties malades. Ensuite, on faisait la même chose avec les annexes du côté opposé. Si on constatait à l'examen que quelques annexes ne présentaient pas d'altérations profondes, on les remettait de nouveau à leur place. Si, en même temps, on trouvait l'utérus en rétrodéviation et adhérent aux parties environnantes, on séparait les adhérences et on mettait l'utérus dans sa position normale. On irriguait ensuite le champ opératoire abondamment avec une solution tiède de trichlorure d'iode à 1/2000 et on tamponnait le cul-de-sac de Douglas à la gaze stérilisée. C'est par cela qu'on terminait l'opération.

Nous n'avons pas eu d'opérations non terminées ou incomplètement exécutées. Je signalerai les complications suivantes, survenues pendant l'opération : *a*) Il n'est pas rare qu'on ait vu apparaître les intestins et l'épiploon dans le vagin, ce qui avait ordinairement lieu en présence des adhérences de ces organes avec les annexes malades de l'utérus ou en cas de vomissement chez la malade assoupie. Ces complications furent facilement conjurées par la réinstallation des organes prolabés. *b*) Il arriva une fois le relâchement de la ligature sur l'artère spermatique, suivi d'hémorragie : *c*) deux fois les annexes étaient tellement altérées qu'elles se déchirèrent facilement. Dans ces cas, on arrêta l'hémorragie en faisant un tamponnement bien serré du cul-de-sac de Douglas, à la gaze stérilisée. On observa pas mal de fois la rupture de la trompe avec déversement de son contenu dans l'espace de Douglas ; dans ces cas-là, après avoir enlevé les parties malades, on lavait soigneusement le cul-de-sac. Tous ces cas aboutirent à la guérison, bien que plusieurs d'entre eux aient présenté dans la période post-opératoire, de la fièvre.

Dans tous ces cas, les sutures appliquées furent à la soie ; avec cela, dans 22 cas on passa les sutures transversalement et dans 93 cas les bouts des sutures furent introduits dans le vagin, enfin dans sept cas de colpotomie conservatrice on ne s'est point servi de sutures.

La période ultérieure à l'opération fut menée de la manière suivante : Position dorsale de la malade pendant 7 jours. Diète la plus rigoureuse les 2 premiers jours : de l'eau froide, du lait avec du vin, rien de plus. Dès le 3e jour on passa petit à petit à la diète plus nourrissante. Le 6e jour on donna un purgatif. Retrait du tampon-drainage, du 3e au 5e jour. Le 7e jour on fit la toilette du vagin, après quoi on ordonna des injections vaginales et on permettait à la malade de remuer au lit et quelquefois même de s'asseoir et, à partir du 9e-10e jour, de marcher même, étant donné le cours régulier de la période post-opératoire.

Quant au cours de la période post-opératoire de nos cas, cette période s'écoula fort bien 34 fois, cela fait presque 28 %. On constata une élévation de température insignifiante et de courte durée dans 48 cas, c'est-à-dire 40 % à peu près. De là s'ensuit que la période ultérieure à l'opération s'écoula d'une manière satisfaisante dans 82 cas, ce qui fait 68 %. Dans les autres 40 cas, au cours de cette période, survint un état fébrile avec les symptômes d'une inflammation, localisée dans la cavité pelvienne ; de ces cas, 4 aboutirent à la mort ; 3 à la suite d'une péritonite septique et un seul à la suite d'une myocardite blennorragique qui s'est empirée pendant cette période. Presque tous les cas, compliqués de fièvre, appartiennent aux cas avec suppuration des annexes de l'utérus. Les malades quittaient ordinairement l'hôpital au bout de trois ou quatre semaines. Étant donné que mes malades appartiennent à la classe pauvre, vivant du travail physique, on les retenait plus longtemps à l'hôpital afin de leur donner la possibilité de se fortifier pour pouvoir reprendre ensuite leur travail habituel. En surveillant plus tard nos malades, nous avons pu voir qu'elles se portent bien, sont aptes au travail physique, on n'entend plus les plaintes d'autre fois ; le coït est normal : on a appris que deux d'entre ces malades ont accouché heureusement, une a eu une fausse couche à la suite de causes accidentelles : deux durent avoir recours à l'opération pour la seconde fois : quelque temps plus tard il fallait enlever les annexes du côté opposé, laissées pendant la première opération, vu leurs altérations pathologiques insignifiantes.

Les opérations, dont nous nous occupons, sont indiquées dans les cas suivants : *a*) kystes de l'ovaire et de leurs annexes, gros comme une tête d'enfant, situés dans le cul-de-sac de Douglas, étranglés ou adhérents aux parties environnantes ; *b*) trompe et ovaires malades, ou ligament large de l'utérus, pris en masse, quand il y a adhérence parfaite avec les parties environnantes et notable abaissement des tumeurs ; *c*) ovaires malades, situés en arrière, malgré leur mobilité.

Dans les cas indiqués les avantages de la cœliotomie vaginale



postérieure vis-à-vis de la cœliotomie abdominale sont les suivants : *a*) cicatrisation de la plaie et guérison beaucoup plus rapide ; *b*) moindre danger pour la vie de la malade, surtout en présence des annexes purulentes à enlever ; *c*) la possibilité de faire plutôt des mouvements au lit, de s'asseoir et de marcher ; *d*) diète sévère de plus courte durée et de là un moindre affaiblissement des malades ; *e*) la possibilité de retourner plus vite au train de vie habituel et enfin l'absence de cicatrice abdominale qui pourrait ultérieurement donner lieu à la formation d'une hernie de la ligne blanche.

J'ai eu l'occasion d'exposer déjà toutes ces données dans ma première communication au sujet de cette opération, en 1892 : (Enlèvement des kystes de l'ovaire et des annexes de l'utérus par le vagin. *Wratsch*, 1892, n° 12.)

[illegible]tuellement, autorisé par une grande pratique, je confirme de n[illegible]que, dans certains cas, ci-dessus mentionnés, la cœlioto[illegible]le postérieure, comme manuel opératoire pour l'abla[illegible]es de l'utérus malades et de leurs néoplasmes, possèd[illegible]ntages sur la laparotomie. Quant à la colpotomie antérie[illegible]oposée par le professeur *Dührssen*, il y a moins de cas qui lui conviennent, étant donné que les annexes affectées et leurs néoformations sont situées, dans la plupart des cas, en arrière : de là vient qu'elles sont plus facilement accessibles par la voûte postérieure. Il va sans dire qu'en présence d'une tumeur, située en avant de l'utérus, refoulant en partie la voûte antérieure, la colpotomie antérieure est parfaitement indiquée.

REVUE BELGE

Jos. Godart. — ANOMALIE GÉNITALE. UTÉRUS UNICORNE DROIT. AVEC CORNE RUDIMENTAIRE GAUCHE. ABSENCE COMPLÈTE DE VAGIN. (*Bulletin de la Société belge de gynécologie et d'obstétrique*, 1898, n° 14.)

La pièce que j'ai l'honneur de présenter à la Société de Gynécologie a été enlevée à une jeune fille de 21 ans ; apparemment, cette personne est bien conformée, les traits féminins bien marqués, la conformation du bassin est parfaite, les seins bien développés, la région pubienne couverte de poils. Il y a quatre mois, Mlle P... est venue à ma clinique se plaignant d'aménorrhée complète, jamais elle n'avait vu d'écoulement menstruel, et chaque mois se produisait une poussée congestive dans le bas-ventre, accompagnée de douleurs vives, s'irradiant dans les cuisses et la région sacrée. En même temps un état de nervosisme persiste les trois ou quatre jours que durent les douleurs abdominales, l'appétit est nul, des transpirations et l'insomnie ne cessent qu'avec la crise douloureuse.

A la vue, les organes génitaux externes sont normaux, sauf absence complète d'ouverture vaginale, une très légère dépression, profonde de quelques millimètres, sur laquelle on voit des petites brides cicatricielles sous le méat urinaire. Par le toucher rectal, on arrive aisément à sentir un organe musculaire ayant à peu près le volume d'un utérus adulte, incliné fortement vers la droite, en arrière et à droite une petite masse ronde, dans laquelle nous reconnaissons l'ovaire droit. Les annexes gauches ne sont pas reconnaissables par le rectum. Une sonde vésicale nous renseigne sur le peu d'épaisseur de la cloison vésico-rectale.

Croyant cependant à la présence d'un vagin rudimentaire, développé partiellement vers le haut, nous pratiquâmes une première opération il y a six semaines.

La patiente placée dans la position de la taille, nous traçâmes transversalement une incision 3 centimètres au devant de l'ouverture anale et, maintenant un doigt dans le rectum et une sonde dans la vessie, nous nous sommes efforcés de séparer ces deux organes en les décollant au moyen du doigt garni d'une compresse de gaze. Arrivés à une profondeur de 7 centimètres, nous tombons dans une cavité à paroi lisse d'où s'écoule du sang noirâtre en quantité, que nous évaluons à trente grammes. Nous étions arrivés directement dans la cavité abdominale. Nous saisîmes le col dans une pince à griffe et par un léger coup de ciseaux, nous fîmes une légère entaille sur la ligne médiane, croyant toujours trouver un vagin rudimentaire supérieur, que nous aurions pu aboucher à la surface cruentée, que nous aurions recouverte de greffes cutanées. Notre incision aux ciseaux tomba directement dans la vessie, dont nous pûmes voir l'énorme expansion dans toute l'excavation pelvienne. Une suture au catgut eut vite réparé la plaie, et nous laissâmes se refermer, par bourgeonnement, les tissus que nous avions dissociés. Réunion *per primam*.

La malade, renvoyée à la campagne, nous revint, après quelques semaines, souffrant toujours des mêmes crises douloureuses menstruelles ; elle se décida facilement à une seconde intervention :

Nous fîmes alors l'extirpation totale des organes génitaux par la voie abdominale en suivant le procédé américain : le ventre ouvert, nous tombions sur un gâteau formé par l'agglomération de l'épiploon, l'intestin grêle et la vessie ; les organes furent séparés à grande peine, la tunique intestinale épaissie était très friable et infiltrée par de récentes poussées de péritonite. En libérant les annexes du côté gauche, nous ouvrîmes une poche sanguine, enkystée autour de l'orifice tubaire, le sang noirâtre avait un aspect identique à celui du sang trouvé dans le Douglas lors de notre première opération. Une dissection minutieuse de la portion cervicale, faite au moyen de compresses, ne nous empêcha pas d'ouvrir encore la vessie ; elle fut refermée par une suture séro-séreuse en double plan, faite au catgut. Nous eûmes à lier les utéro-ovariques et les utérines, puis un surjet au catgut referma les deux ligaments larges.

Les pièces enlevées nous montrent nettement un utérus unicorne droit, avec trompe droite abouchée au haut de la corne ; cette trompe est fermée au pavillon, l'ovaire est kystique.

Vers le milieu de la corne, ainsi développée, et atteignant le volume d'un utérus normal de jeune fille, s'embranche un cylindre plein, long de 2 centimètres de la grosseur d'un petit doigt, se continuant avec une trompe normale gauche, à pavillon ouvert. L'ovaire du même côté gauche est sain. Ce petit cylindre, ouvert transversalement, ne laisse voir aucune trace de cavité.

La corne développée est sectionnée suivant toute sa longueur ; vers le bas, nous trouvions la portion cervicale fermée complètement au niveau de l'orifice externe ; au-dessus, la cavité cervicale est dilatée en ampoule, et renferme des caillots anciens ; plus haut, au niveau de l'orifice interne, la muqueuse est tuméfiée et offre sur tout son pourtour de petits kystes muqueux, sur une hauteur de 1 centimètre. La cavité se continue en s'effilant vers l'isthme et se continue avec la trompe droite.

En résumé, nous avions eu un arrêt de développement d'un des canaux de Müller ; celui de droite a subi son évolution complète, alors que le canal de Müller gauche subissait un arrêt complet dans son évolution ; le développement de la trompe s'était effectué, la portion utérine était rudimentaire, et s'était soudée au canal de Müller de l'autre côté. Sous la portion cervicale, aucune trace de vagin, oblitération du museau de tanche, absence complète du vagin.

Vu l'absence complète de vagin et les crises douloureuses excessives, la castration était le seul traitement ; notre opération date de dix jours, la malade s'est levée ce matin, la sonde de Pezzer a été enlevée, la malade urine seule et se trouve très bien.

Jacobs. — FIBROME UTÉRIN MORTIFIÉ. (*Bulletin de la Société belge de Gynécologie et d'obstétrique*, 1898, p. 9.)

L'expulsion spontanée du fibrome hors de la loge musculo-fibreuse que lui fournit la paroi utérine, est un des moyens employés par la nature pour se débarrasser de cette tumeur, qui fait office de corps étranger. La tumeur s'approche de la cavité utérine, repousse la muqueuse, se pédiculise souvent, et forme ainsi, peu à peu, le polype sous-muqueux.

Mais il arrive parfois, comme dans le cas que je vous présente, que la disproportion entre le volume de la tumeur et la cavité utérine amène la rupture de la muqueuse, et dès lors le noyau fibreux se trouve en rapport direct avec l'air extérieur, et par le fait soumis aux multiples désagrégations amenées par les germes d'infection apportés du dehors.

Si la tumeur est trop volumineuse pour permettre une expulsion rapide de l'organisme, l'accouchement du néoplasme, on voit en général la gangrène ou la mortification s'y installer, dégénérescence qui amène rapidement des accidents très graves. Je vous en ai rapporté, en 1897, un cas typique.

La tumeur que je vous présente provient d'une femme de 38 ans, IIpare, dont l'état d'anémie profonde, amené par des métrorragies abondantes dues à un volumineux noyau fibreux, exigeait une opération radicale urgente.

Je m'adressai de préférence, dans ce cas, à la voie abdominale, plutôt qu'au morcellement par le vagin, à cause de la rapidité plus grande de l'opération, de l'état de dégénérescence du fibrome et du mauvais état général. L'amputation sus-vaginale, pratiquée le 12 février dernier, fut suivie de guérison opératoire ; la malade est en convalescence actuellement.

La pièce anatomique est constituée par l'utérus, régulièrement développé, ayant le volume d'une tête d'enfant. La section démontre l'existence d'un gros noyau fibreux, situé dans la paroi utérine postérieure. La muqueuse utérine est déchirée sur toute son étendue, dans tout le voisinage de la tumeur. Celle-ci fait hernie dans la cavité utérine ; elle est mortifiée dans toute la partie herniée. La portion du néoplasme, située dans le muscle utérin, n'a pas subi encore la dégénérescence.

L'opération faite en temps a évité à cette personne les dangers de l'infection putride.

R. PICHEVIN, *Directeur-Gérant.*

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE DAIX FRÈRES.
Maison spéciale pour Journaux et Revues.



SOMMAIRE

DE QUELQUES INDICATIONS

de l'hystérectomie abdominale totale et de l'hystérectomie supra-vaginale.

Par R. PICHEVIN.

—

Les grands progrès réalisés dans la technique de la cœliotomie abdominale ont permis, dans ces derniers temps, de pratiquer par l'incision sus-pubienne des opérations plus complètes, plus radicales et partant plus efficaces que celles qui étaient jadis exécutées par la même voie, dans des cas identiques.

L'ablation totale des annexes et de l'utérus est devenue une opération mieux réglée dans ses détails d'exécution. La mortalité de cette opération ira en diminuant à mesure que les chirurgiens et les gynécologistes acquerront une habileté plus grande et auront perfectionné leur technique encore hésitante.

Il serait prématuré d'établir les indications et les contre-indications de l'hystérectomie abdominale totale ou de l'hystérectomie supra-vaginale telle qu'on la pratique maintenant.

Partisan de la voie vaginale qui donne d'excellents résultats, nous pensons que l'ablation de l'utérus et des annexes par la voie abdominale est susceptible de rendre de réels services dans des cas déterminés.

Quand l'hystérectomie vaginale est contre-indiquée dans les cas de gros fibromes par exemple, l'extirpation de l'utérus et des annexes par la voie haute est l'opération idéale. Mieux vaut pratiquer l'hystérectomie abdominale totale que de lutter pendant deux heures pour faire passer par le vagin un énorme fibro-myome.

Les fibro-sarcomes volumineux peuvent et même doivent être traités de la même façon.

Le traitement du cancer utérin subit, à cette heure, une transformation. A l'étranger on a une grande tendance à revenir à l'opération de Freund modifiée suivant les exigences de la technique moderne de l'hystérectomie abdominale. Nous avons fait une tentative de ce genre.

Dans les cas complexes, quand la cœliotomie abdominale est indiquée soit par suite du volume et du siège de la tumeur, soit par suite de l'incertitude du diagnostic, l'hystérectomie abdominale totale peut devenir nécessaire.

Chez une femme de 30 ans environ, nullipare, nous avions constaté l'existence d'un fibrome haut placé, à siège nettement abdominal. Le vagin était très étroit ; la tumeur volumineuse remontait non loin de l'ombilic, et de plus il y avait dans le passé de cette malade une poussée péritonéale qui venait compliquer la situation.

Après l'ouverture du cœlome, on constata que le petit bassin était voilé par des adhérences péritonéales qu'il fallut dissocier pour arriver aux organes génitaux internes.

Il existait un gros fibrome sous-péritonéal à large implantation utérine et des noyaux fibromateux qui descendaient jusqu'au col. Du côté droit on constatait la présence d'un kyste de l'ovaire du volume d'une tête de fœtus à terme, avec cette particularité que la trompe correspondante était volumineuse et enflammée et que des annexes droites partaient des tractus fibreux, indices de l'extension d'une inflammation ancienne au péritoine. A gauche une ovaro-salpingite comblait en grande partie le Douglas et avait contracté des adhérences intimes avec le gros intestin. Dans ces conditions nous exécutâmes l'hystérectomie abdominale totale avec ablation des annexes des deux côtés. L'hystérectomie abdominale parut d'autant plus indiquée que l'on fut obligé, tout d'abord, de s'arrêter dans les tentatives d'extirpation des annexes du côté gauche par crainte d'une lésion intestinale. L'opération fut faite par le procédé américain et en commençant du côté droit. Grâce à la bascule de l'utérus faite par en haut, après ouverture latérale du dôme vaginal, on put extirper les annexes gauches, en posant les ligatures de bas en haut.

Voici, en résumé, une autre observation qui peut être rapprochée de la précédente, du moins à un certain point de vue :

Une femme de 53 ans se présentait avec un ventre énorme. Une tumeur fluctuante, remontant à 2 ou 3 travers de doigts de l'ombilic et pointant en avant, donnait immédiatement l'idée d'un kyste. Une luxation congénitale bilatérale de la hanche et l'indocilité de la malade rendaient l'exploration bimanuelle difficile, pour ne pas dire impossible. La laparotomie fit reconnaître un énorme kyste végétant de l'ovaire ayant dédoublé le ligament large, ayant contracté des adhérences multiples et intimes avec l'intestin et la vessie et étant si complètement fusionné avec la face postérieure de la matrice, que l'on se demandait si le point de départ de la tumeur n'était pas utérin. Dans cette occurrence nous pratiquâmes l'ablation des annexes et l'hystérectomie abdominale totale. Il était d'autant plus indiqué d'enlever l'utérus que la dégénérescence néoplasique, qui existait au niveau de l'adhérence utéro-ovarienne s'accompagnait d'autres lésions dégénératives — épithéliomateuse ou sarcomateuse — de la muqueuse utérine.

L'hystérectomie abdominale totale a été pratiquée dans ces cas par *nécessité*.

Mais à côté des faits de ce genre, il en est d'autres qui sont sujets à discussion : nous voulons parler de l'hystérectomie abdominale totale appliquée à la cure des ovaro-salpingites bilatérales.

Tandis que l'hystérectomie vaginale donnait d'excellents résultats entre les mains des chirurgiens français qui portaient l'extirpation de l'utérus et des annexes par la voie vaginale à un haut degré de perfection, les auteurs américains s'ingéniaient à enlever, en même temps, les annexes enflammées et l'utérus par l'incision sus-pubienne.

A l'opération de Péan, les chirurgiens américains, et parmi eux il faut citer Baldy, Polk, Grug, etc., opposaient l'hystérectomie abdominale totale avec ablation des annexes dans le traitement des lésions septiques de l'utérus, des trompes et des ovaires. En France, cette opération fut préconisée par H. Delagenière, du Mans, dès 1895. Depuis lors l'hystérectomie abdominale totale a fait des adeptes en Allemagne. T. Jonnesco, de Bucarest, s'en montrait fort partisan au XIIe Congrès international de médecine tenu à Moscou.

En France, Delagenière, le principal protagoniste de l'hystérectomie abdominale totale, a été assez heureux pour entraîner la conviction de son maître Terrier. Hartmann et quelques autres jeunes chirurgiens français appliquent volontiers l'opération américaine dans les cas de lésions suppurées des trompes et des ovaires.

Sans vouloir poser les indications et les contre-indications de l'hystérectomie abdominale totale et sans nous arrêter à l'énumération des avantages et de la supériorité de l'hystérectomie vaginale dans certains cas, nous nous contenterons de citer succinctement quelques récentes observations qui nous ont paru assez intéressantes pour être publiées. Nous voulons exposer en quelques mots les raisons qui nous ont déterminé à pratiquer l'ablation des annexes et de l'utérus par la voie abdominale.

Dans un cas, le diagnostic, qui nous paraissait le plus probable en l'absence de tout renseignement positif et de tout passé pathologique du côté des organes génitaux, était celui de kyste de l'ovaire tordu. Il existait une masse du volume d'une tête de fœtus de 7 mois engagée en partie dans le pelvis, et remontant dans la cavité abdominale. Cette tumeur était nettement fluctuante en certains points et à sa surface on sentait une induration du volume d'une cerise. La brusquerie du début des accidents, les phénomènes réactionnels, l'absence de toute inflammation du côté de la matrice, la constatation d'un col normal chez une nullipare nous firent penser à une torsion d'un kyste ovarien méconnu jusqu'au jour de l'éclosion des accidents aigus.

La laparotomie fut pratiquée. Il existait deux énormes salpingites kystiques (hydrosalpinx d'un côté, pyosalpinx de

l'autre), confondant leur masse au-dessus de l'utérus et donnant tout d'abord la sensation d'une unique poche adhérente en différents points à l'intestin et à l'épiploon.

L'ablation seule des annexes aurait constitué une mauvaise opération, parce que nous eussions laissé, de chaque côté des cornes utérines, deux énormes moignons tubaires manifestement enflammés et faisant pour ainsi dire corps avec l'utérus, comme vous pouvez le constater. L'inflammation semble avoir gagné la trompe dans son trajet utérin, des deux côtés, et cet épaississement de la trompe dans sa partie initiale était si manifeste que l'on se demandait au cours de l'opération s'il ne s'agissait pas d'une anomalie de l'utérus coïncidant avec une lésion bi-latérale des annexes.

Bref, dans ces conditions, l'extirpation du corps de l'utérus s'imposait, il nous semble. Nous aurions pu enlever l'utérus en totalité avec les trompes et les ovaires. Le col était normal. La malade n'avait pas reçu au préliminaire les soins antiseptiques vaginaux aussi complets et prolongés que ceux qui sont donnés quand nous avons en vue une hystérectomie totale. Nous avons pensé que l'amputation sus-vaginale était suffisante. Mais nous avons pratiqué cette hystérectomie sus-vaginale, suivant les procédés les plus récents.

Nous avons eu soin de décoller la vessie, de lier séparément les utéro-ovariennes et les utérines et nous n'avons laissé qu'un bout de col. La plaie utérine a été fermée et par-dessus nous avons fait une péritonisation soignée qui nous a permis de supprimer toute surface cruentée.

Une telle opération, dans ces conditions spéciales, équivaut à peu près à l'hystérectomie abdominale totale soit au point de vue opératoire, soit au point de vue du résultat thérapeutique.

L'avenir nous apprendra la valeur comparative de l'hystérectomie abdominale totale et de la supra-vaginale. D'ores et déjà on peut dire que ce sont deux bonnes opérations.

Il nous reste à signaler une dernière hystérectomie totale.

Chez une femme de 31 ans, nous avions constaté une rétroversion marquée et qui n'avait pas été améliorée, après réduction de l'utérus, par le port d'un pessaire. La matrice était grosse : la cavité utérine mesurait 10 centimètres et les annexes des deux côtés, douloureuses au toucher, étaient augmentées de volume.

Nous fîmes la laparotomie pour nous rendre compte des lésions, conserver les annexes au besoin et faire une opération capable de fixer l'utérus en bonne position. Mais les ovaires étaient en dégénérescence scléro-kystique et trop malades pour que l'on pût les conserver. L'utérus volumineux, pesant, d'apparence fibromateuse, devait-il être enlevé ?

En laissant une matrice fibromateuse de ce volume et de ce poids sans la fixer, on risquait de voir se reproduire les accidents imputables à la rétro-déviation. D'autre part, fixer un utérus en antécourbure en pratiquant, par exemple, l'hystéropexie, n'était ce pas courir le risque de voir se produire à la longue des tiraillements, des troubles divers imputables à la fixation utéro-abdominale.

Il nous a semblé plus logique d'enlever en même temps l'utérus et les annexes par la voie abdominale.

Tels sont les faits que nous voulions soumettre à votre appréciation (1).

Nous n'avons d'autre but, en les relatant que de mettre en relief les motifs qui nous font préférer l'hystérectomie abdominale à toute autre intervention. Nous avons perdu une de nos opérées, celle qui avait des fibromes utérins, un kyste de l'ovaire et une salpingo-ovarite très adhérente à l'intestin.

Il faut que les indications de l'hystérectomie abdominale totale se dégagent de l'exposé impartial des observations.

(1) Cette communication n'a pu être faite à la Société obstétricale et gynécologique de Paris, à laquelle elle était destinée.

NOTES SUR LA GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

Tirées de l'analyse de cinquante observations personnelles.

Par M. G. Bouilly.

En quelques années, soit à l'hôpital, soit en ville, nous avons pu recueillir 50 observations de grossesse extra-utérine ; le diagnostic a été contrôlé et vérifié par une intervention 48 fois. Ce nombre ne représente pas la totalité des cas que nous avons pu observer ; j'ai vu en ville un certain nombre de malades pour lesquelles j'ai été appelé à donner mon avis et qui ont été opérées ou soignées par d'autres chirurgiens ou médecins. En ajoutant ces faits, j'arriverais facilement à un total d'environ 70 cas ; mais je ne tiendrai compte que des observations qui me sont personnelles.

Je n'ai pas l'intention d'écrire, à l'aide de ces faits, toute l'histoire déjà bien faite de la grossesse extra-utérine, ni d'insister à nouveau sur les points bien connus et bien décrits ; je veux seulement, de l'analyse de mes observations, tirer un certain nombre de faits qui viendront confirmer les opinions déjà reçues ou qui pourront se trouver en contradiction avec les données généralement admises. Cette pratique personnelle est assez considérable pour m'avoir permis d'asseoir solidement mon opinion et ma conviction sur des points contestés ou discutés.

Au point de vue de la *pathogénie* et des *causes* de la grossesse extra-utérine, la clinique ne nous apprend rien ou à peu près. On doit seulement admettre que les accouchements antérieurs créent une prédisposition à la grossesse ectopique, grâce sans doute aux lésions exercées par l'infection dans l'utérus ou ses annexes. Sur 40 fois où les antécédents sont notés au point de vue des grossesses ou de l'absence de grossesses antérieures, nous notons seulement 7 nullipares, contre 9 unipares, 19 multipares et 5 femmes ayant eu une ou plusieurs fausses couches, soit au total 7 nullipares contre 33 femmes ayant eu une ou plusieurs conceptions antérieures. Parmi les multipares, 3 sont citées comme *grandes* multipares, ayant eu de 8 à 11 enfants.

Les faits que j'ai recueillis ne prouvent pas d'une manière évidente l'influence de lésions pathologiques antérieures sur la production de la grossesse ectopique ; sur les 50 cas qui servent de base à ce travail, les renseignements pris à ce point de vue sont notés 46 fois ; dans 20 cas, il n'est noté aucun antécédent pathologique ; dans 20 autres, on trouve d'une manière incontestable une histoire antérieure d'infection post-puerpérale ou post-abortive plus ou moins éloignée, des symptômes et des signes de métrite ou de lésion des annexes ; deux fois à une époque antérieure, les malades avaient pu être déjà soupçonnées de grossesse ectopique ; une fois il y avait eu grossesse *nerveuse* ; trois fois on note de la dysménorrée. En dépit de ces chiffres qui peuvent être interprétés aussi bien pour que contre l'influence de lésions antérieures dans la genèse de la grossesse extra-utérine, j'ai tendance à croire actuellement qu'il existe souvent un passé génital. Il ne semble pas qu'il se soit agi de grosses lésions ni de phénomènes infectieux à grands fracas ; mais il y a eu des phénomènes plus ou moins prolongés d'endométrite avec ou sans retentissement apparent sur le paramétrium ou les annexes. Assez souvent, des symptômes d'endométrite sont notés dans les antécédents, et il est permis de se demander si les phénomènes infectieux péri-utérins, propagés lentement et même d'une façon latente ne sont pas capables, en fixant, déviant, coudant les trompes, de provoquer des troubles dans la migration de l'ovule fécondé. Il est si fréquent, au cours des laparotomies, de trouver des adhérences péri-annexielles que rien ne faisait soupçonner, que cette hypothèse n'a rien d'invraisemblable. Les lésions de la muqueuse tubaire ne paraissent pas favorables à la production de la grossesse ectopique ; les malades ayant été atteintes franchement de salpingite ne présentent pas de grossesse extra-utérine ; les antécédents pathologiques les plus notés concernent une infection post-puerpérale ou post-abortive. Dans cette forme aiguë ou subaiguë d'infection, les lésions péri-utérines sont plutôt péritonéales ou cellulaires que tubaires. Dans ce cas, si les trompes ou les ovaires sont atteints, ces organes sont pris de dehors en dedans et surtout dans leur revêtement péritonéal, avec tendance à la formation d'adhérences péri-annexielles et toutes leurs conséquences éloignées.

La date du début des accidents antérieurs peut être fort ancienne ; je note des cas d'infection puerpérale remontant à 1 an, 2 ans, 4 ans, 6 ans, 7 ans et 10 ans auparavant ; dans une observation, il est noté qu'il y a peut-être déjà eu une grossesse tubaire 11 ans plus tôt. Je ne trouve qu'un seul cas où il ait été pratiqué un curettage ; dans tous les autres, il n'est pas question d'une intervention antérieure quelconque.

Dans la grande majorité des cas, la grossesse ectopique n'est pas reconnue au cours de son évolution et tant qu'il ne s'est pas produit une crise plus ou moins marquée, indice de la rupture. Sur 50 observations, je n'en note qu'une *seule* dans laquelle la laparotomie ait été entreprise de parti pris pour enlever une grossesse extra-utérine en voie d'évolution, avec un fœtus vivant, au cinquième mois et demi, chez une femme très souffrante et très cachectisée. Dans tous les autres cas, la grossesse était arrêtée depuis un temps plus ou moins long et il s'est agi de faire un diagnostic rétrospectif ; le problème se réduit à reconnaître la nature d'une tumeur latérale juxta-utérine ou d'un épanchement péri-utérin.



En outre des signes objectifs dont la valeur est considérable, il y a lieu de tenir grand compte des antécédents immédiats et des phénomènes ayant précédé la crise qui a forcé l'attention et provoqué l'examen. Ici, comme dans toute grossesse, les *troubles* de la *menstruation* doivent être tenus en grande considération ; la suppression des règles n'a pas la même constance et la même valeur que dans la grossesse normale ; cependant la menstruation se trouve modifiée dans un nombre assez considérable de cas pour que ses troubles prennent une importance de premier ordre, au point de vue du diagnostic. Sur ces 50 cas, nous trouvons un *retard* des règles noté 12 fois, une *suppression* en coïncidence avec des symptômes rationnels de grossesse notée 16 fois, la *diminution* très appréciable des règles 2 fois, soit 30 fois des modifications de la menstruation ; en revanche, 18 femmes n'ont présenté ni arrêt dans leurs règles, ni aucun signe de grossesse et 2 ont été considérées au début comme atteintes de salpingite.

Les symptômes rationnels de grossesse, les vomissements, la sialorrhée, le dégoût de certains aliments ou de certaines odeurs, le gonflement ou le picotement des seins, etc., sont bien moins évidents en général que dans la grossesse utérine et sont assez rarement notés.

De même, dans les premiers temps surtout, dans les premières semaines qui suivent la greffe extra-utérine, il y a très souvent absence de malaises ou de douleurs dans l'abdomen. Ce manque de phénomènes explique la rareté des examens faits à cette période et des diagnostics précoces de la grossesse ectopique. Si les femmes ont une suppression des règles et quelques troubles sympathiques, elles se croient normalement enceintes et ne se font pas examiner à cette période du début de la grossesse ; *à fortiori*, n'ont-elles pas de raison d'être examinées si la conception se produit sans qu'il y ait aucun trouble de la menstruation, ni aucun symptôme rationnel pouvant faire soupçonner une grossesse. Aussi, le diagnostic ne se trouve-t-il généralement pas fait dans les premiers temps.

Il n'en est pas de même dans les cas beaucoup plus exceptionnels où la grossesse dépasse la période ordinaire des accidents, c'est-à-dire les trois premiers mois, et où elle atteint le troisième mois et même plus ; à ce moment, il y a le plus souvent des phénomènes douloureux qui attirent l'attention, et il s'est développé une tumeur abdominale que la malade peut elle-même constater ou dont la présence s'impose dès la première exploration par le palper. Le diagnostic, à cette période, peut être difficile et incertain ; mais sa recherche s'impose, à l'inverse des premiers moments, où rien n'attire l'attention de la Femme ni du médecin (1).

Cette période latente de la grossesse ectopique est en général interrompue par les accidents plus ou moins graves qui marquent les désordres produits dans le kyste embryonnaire ou fœtal. Très heureusement, cette interruption est fréquente et se fait le plus souvent à une époque où les accidents ne peuvent avoir l'énorme gravité immédiate qu'ils revêtent plus tard.

A ce point de vue de la date de l'interruption de la grossesse et de l'apparition des accidents qui traduisent ce fait, le dépouillement de nos observations est instructif. Il est bien entendu que l'âge de la grossesse ne saurait être soupçonné chez les Femmes qui n'ont présenté ni troubles de la menstruation ni phénomène quelconque de grossesse ; en revanche, le retard ou la suppression des règles fournissent des éléments pour apprécier cet âge, au moins d'une manière approximative ; nous avons des données de ce genre chez vingt-quatre Femmes. Par ordre de date, on peut ranger les faits de la façon suivante, en sachant bien qu'il ne s'agit que d'une précision relative, les données ne pouvant permettre de fixer la durée de la grossesse à quelques jours près.

Age probable de la grossesse au moment du début des accidents :

3 semaines	2 cas.
3 à 4 semaines	1 »
4 à 5 semaines	3 »
5 à 6 semaines	3 »
6 semaines	6 »
6 à 7 semaines	1 »
7 à 8 semaines	2 »
8 semaines	2 »
2 mois 1/2	1 »
3 mois	1 »
3 mois 1/2	1 »
6 mois 1/2	1 »
	24 cas.

Le maximum de fréquence de l'interruption de la grossesse se trouve donc entre trois et six semaines, avec un maximum pour cette dernière date. Dans 22 autres cas, l'âge de la grossesse est inconnu, par suite de l'absence de retard ou de suppression des règles et de tout signe de grossesse ; mais, si l'on veut bien se rapporter à l'histoire clinique de ces faits et tenir compte des symptômes observés au moment de la rupture et de la quantité de sang trouvé au moment de l'intervention, on arrive encore à cette conclusion que ces cas de date inconnue ne représentent pas de conceptions plus anciennes et que, là encore, il s'agit de grossesse ectopique, n'ayant guère évolué au delà de six à huit semaines en moyenne.

Voilà donc, sur un total de 46 observations, 42 grossesses rompues entre la troisième et la huitième semaine, tandis que l'on n'en trouve qu'*une seule* pour les dates de deux mois et demi, trois mois, trois mois et demi et six mois et demi. J'ajoute que j'ai opéré un cas à cinq mois et demi, dans lequel la grossesse évoluait encore et où le fœtus était vivant. Il n'en reste pas moins évident que la proportion des grossesses ectopiques arrêtées de bonne heure reste considérable, comparées à celles qui évoluent après le troisième mois et au delà. Nous verrons, dans une partie plus éloignée de ce travail, la grande importance qu'il me paraît nécessaire d'attribuer à cette donnée, au double point de vue de la gravité des accidents et de la conduite à tenir.

Les *causes* de cette interruption de la grossesse ectopique restent le plus souvent obscures ; je trouve signalés une fois un effort, une fois des excès de coït, une fois une chute, une fois un voyage fatigant ; on manque donc en général de renseignements étiologiques. Une seule influence ne paraît pas douteuse sur la production ou l'aggravation des accidents : c'est le retour de l'époque menstruelle. Le plus souvent, l'accident se produit au moment du retour de cette époque supprimée, et, dans les cas où la rupture s'était produite quelques jours avant les règles, il se fait une aggravation certaine de douleurs à ce moment. De même, il se fait une nouvelle hémorragie ; car il est fréquent de trouver la collection sanguine rétro-utérine ou latéro-utérine plus considérable après qu'avant les règles Je trouve expressément noté trois fois le début des douleurs à la fin de la période menstruelle et quatre fois le début brusque de violentes douleurs en coïncidence avec l'arrêt brusque des règles. Très souvent (14 cas), la crise aiguë est précédée d'hémorragies prémonitoires plus ou moins prolongées, pouvant durer de quelques jours à plusieurs semaines.

Quelle que soit la date de la crise, celle-ci éclate le plus souvent (34 cas) d'une manière aiguë, violente, brutale, assez souvent dans la nuit et s'accompagne rapidement des phénomènes ordinaires du péritonisme ou des signes de l'hémorragie interne. Le plus souvent, cette crise aiguë ne se reproduit plus. Mais cependant, quelquefois, l'accident semble se produire en plusieurs temps ; une première crise se produit avec douleurs, signes de péritonisme ou d'hémorragie interne, et tout semble rentrer dans l'ordre ; et, quelques jours plus tard, à deux ou trois reprises, une nouvelle crise se reproduit, avec des caractères encore plus accentués, exagérant tous les traits du tableau clinique initial et aggravant tous les symptômes chez une Femme déjà épuisée par les premiers accidents. Je note six fois cette forme récidivante de la crise. Ces récidives paraissent essentiellement liées à la production de nouvelles hémorragies, et leur gravité semble en rapport avec l'abondance de cette hémorragie ; car les symptômes qui dominent en pareil cas relèvent plutôt de l'hémorragie interne que du péritonisme.

Avant d'insister avec quelques détails sur les caractères de cette crise abdominale aiguë, violente, expression la plus fréquente de l'interruption de la grossesse ectopique, il est nécessaire de signaler à côté d'elle les cas moins nombreux (6 cas) dans lesquels toute la symptomatologie fait défaut et où le seul signe clinique consiste dans une métrorragie plus ou moins abondante ou prolongée. Cette métrorragie peut être assez abondante et assez subite pour que l'on puisse porter le diagnostic de fausse couche (4 cas) avec d'autant plus d'apparence de vérité que l'on constate l'expulsion de lambeaux membraneux, d'une fausse caduque. Cette expulsion est expressément notée dans 7 observations. Inutile d'ajouter que cette affirmation de fausse couche ne peut jamais être corroborée par la présence d'un embryon ou d'un fœtus, et que le diagnostic ne s'est fait que par la quantité de sang liquide ou coagulé perdu et par la présence de quelques débris membraneux.

Enfin, dans des cas encore plus rares (2 seulement), la rupture tubaire et l'hémorragie péritonéale se font d'une manière tout à fait insidieuse, sans donner lieu à aucun symptôme. Deux fois, chez des malades venant se plaindre de leucorrée et de suintement utérin sanguinolent avec règles d'une abondance exagérée,

(1) Le diagnostic, vers le troisième ou le quatrième mois, peut présenter les plus grandes difficultés, et j'ai commis récemment une erreur regrettable dans un cas qui m'était présenté par mon distingué collègue Budin. Chez une Femme manifestement enceinte, présentant des douleurs et des vomissements presque continuels et des accidents nerveux pénibles, la tumeur juxta-utérine et l'utérus, augmenté de volume, étaient tellement rapprochés et confondus, que je pensais à une grossesse utérine et donnai le conseil de ne pas intervenir. Peu de temps auparavant, au contraire, l'utérus et la tumeur voisine avaient paru indépendants l'un de l'autre, et la disposition des parties avait justement donné l'idée d'une grossesse extra-utérine. Quelques jours plus tard, ce diagnostic se trouvait malheureusement confirmé par la rupture de la grossesse et la mort rapide de la Femme, emportée par une hémorragie péritonéale cataclysmique.

j'ai trouvé dans le cul-de-sac postérieur une tuméfaction du volume environ d'une grosse orange qu'une laparotomie ultérieure démontra formée par de nombreux caillots et par une trompe remplie de sang ancien et rompue en un point.

Ces cas, tout à fait exceptionnels, ne doivent pas nous occuper longtemps ; le diagnostic n'est généralement pas fait et les malades sont considérées comme atteintes d'annexite chronique ; l'absence d'histoire antérieure de retard ou de suppression des règles, de début plus ou moins brusque des accidents, ne permet guère d'éviter l'erreur.

La forme commune est, au contraire, beaucoup plus caractéristique et, en général, la nature des accidents ne saurait être méconnue. Le début est en général à grand fracas ; je l'ai caractérisé d'un mot en disant qu'il y a un *ictus péritonéal.* Douleur abdominale diffuse extrêmement violente, quelquefois avec une sensation de corps étranger dans le ventre, syncope ou tendance à la syncope, refroidissement, pâleur de la face, anxiété des traits, rapidité ou petitesse du pouls, vomissements ou état comateux : tels sont les phénomènes ordinaires de la crise. Au bout de quelques heures, d'un jour, sous l'influence du traitement, ces premiers accidents s'amendent ; les symptômes généraux de dépression s'améliorent et la malade entre dans une seconde phase.

Deux éléments, le *péritonisme* et l'*hémorragie interne*, peuvent fournir les éléments de ce tableau clinique effrayant. Cette symptomatologie brutale, affolante, de la crise, traduit-elle toujours la production d'une abondante hémorragie, d'une inondation péritonéale ? La question n'est pas oiseuse, puisque, de sa solution, dépend la décision d'une intervention immédiate ou d'un simple traitement d'attente. Elle mérite donc d'être discutée et exposée avec quelques détails. Eh bien, sans hésitation, je réponds non ; la gravité des symptômes immédiats est loin d'être toujours en rapport avec la quantité de sang versé dans le péritoine ; le plus souvent, il est vrai, elle est l'indice d'un épanchement sanguin plus ou moins considérable ; mais il y a lieu également de tenir le plus grand compte de la sensibilité et de la réaction péritonéale. Et d'abord, l'histoire des malades démontre que la mort rapide par hémorragie interne en pareil cas est moins fréquente qu'il ne semble au premier abord ; sur 50 observations personnelles, je n'ai vu mourir qu'*une seule* femme, et encore succombait-elle à la troisième ou quatrième récidive de son hémorragie reproduite à quelques jours d'intervalle ; j'ai montré dans une discussion à la Société de Chirurgie (29 janvier 1896) qu'en France, au moins, les cas où il avait été nécessaire d'opérer d'urgence, au moment même de la rupture, étaient relativement rares, puisqu'à ce moment je n'en relevais que 3 cas. Il faut donc bien reconnaître que la plupart des malades résistent à cette hémorragie, et qu'au moment où nous sommes en général appelés à les voir, l'hémorragie est arrêtée et se présente sous forme d'hématocèle ou d'hémato-salpinx. Les opérations démontrent qu'une grande quantité de sang peut s'épancher dans le péritoine, sans que la mort s'ensuive ; à chaque instant on trouve notée dans les observations, « grande quantité, très grande quantité, énorme quantité de caillots » ; nous y relevons les chiffres de 300, 400, 500, 800, 900 grammes de caillots, ceux plus élevés encore d'un litre, d'un litre et demi. Dans 13 observations, la quantité de sang ou de caillots recueillis n'est pas moindre de 400 grammes et s'élève aux chiffres que nous venons de citer.

L'importance du péritonisme dans la production des symptômes graves, au moment de la rupture, m'a été démontrée par la laparotomie dans plusieurs cas. Une malade, soupçonnée à raison de grossesse extra-utérine, est prise vers la sixième, septième ou huitième semaines après la conception, d'accidents abdominaux si graves qu'on la croit perdue ; un accoucheur et un chirurgien des plus distingués pensent à une hémorragie interne si abondante que l'on suppose l'épanchement remontant jusqu'au diaphragme. Néanmoins, rien de chirurgical n'est tenté, la malade se remet de cette crise, fait de l'infection péritonéale subaiguë dans les jours qui suivent et se cachectise. La laparotomie est faite et permet de trouver une grossesse tubaire d'environ deux mois, du liquide sanguinolent et purulent contenu dans la trompe avec un petit embryon mort depuis longtemps, et environ une *cuillerée à bouche* de caillots anciens au voisinage du pavillon, sans trace d'une goutte de sang dans le reste de l'abdomen !

J'ai opéré plusieurs cas de ce genre et j'ai rencontré, après une crise à grand fracas, un simple avortement tubaire avec quelques grammes de sang coagulé sur le péritoine au voisinage des franges du pavillon.

Est-ce à dire que l'hémorragie ne constitue pas le facteur le plus important et qu'il ne faille tenir compte que des cas qui tournent bien ? Nous ne pouvons juger que d'après les faits que nous voyons ; nous sommes rarement appelés au moment de la crise elle-même ; nous voyons les malades qui ont franchi la passe des accidents ; y en a-t-il beaucoup d'autres qui succombent en route ? Je ne saurais le dire, mais mon impression est que ce nombre est difficile à apprécier.

Si le chirurgien assistait plus souvent à la crise initiale, il est probable que le nombre des opérations d'urgence augmenterait dans une proportion notable. Serait-ce pour le plus grand bien des malades ? Il ne serait permis de répondre que si l'on savait le nombre exact des Femmes qui succombent aux accidents du début.

Une considération semble dominer toute cette gravité des accidents immédiats : c'est l'âge de la grossesse au moment de son interruption, au moment de la rupture tubaire. Si nous pouvons insister avec autant de force sur la bénignité relative des accidents dans nos observations et sur la rareté de la mort rapide, c'est que la plupart de nos cas se rapportent à des grossesses ectopiques n'ayant guère au maximum que 2 mois à 2 mois 1/2 d'évolution et dont un grand nombre ont encore une date de début beaucoup moins éloignée. Sur 47 observations prises à ce point de vue, nous croyons pouvoir en relever 42 dans lesquelles la rupture s'est faite dans la troisième et la huitième semaines. Si l'on veut bien tenir compte qu'au moment de la crise les symptômes généraux peuvent induire en erreur et que, comme nous le verrons dans un instant, les signes physiques ne donnent pas grand éclaircissement, on voit de suite que la recherche des commémoratifs, des antécédents précis de retard ou de suppression des règles, de signes de grossesse, constituent un appoint de première valeur pour apprécier la gravité possible du cas présent et peser sur la détermination thérapeutique immédiate. Toute grossesse ectopique dans laquelle on peut supposer une évolution datant de 3 mois et à plus forte raison davantage, exige au moment de sa rupture une intervention d'urgence ; le volume du placenta à cette époque, le développement de ses vaisseaux, l'abondance et la répétition des hémorragies, constituent un danger immédiat en présence duquel il n'y a pas à temporiser.

Cette formule serait trop simple et l'indication trop facilement posée si l'inverse était vrai, et si l'on pouvait affirmer *qu'au-dessous* de trois mois, la rupture tubaire ne peut pas donner lieu à une hémorragie mortelle. Malheureusement, il n'en est pas ainsi ; si nous n'avons observé personnellement qu'un seul de ces faits, ceux-ci ont été relevés avec une grande fréquence par les auteurs qui se sont occupés de la question. Dans la thèse de Cestan (1894), sur 54 cas de mort par grossesse ectopique rompue, 21 au moins se rapportent d'une manière incontestable à des grossesses comprises entre 3 semaines et 2 mois 1/2 depuis leur début.

Cette donnée, fournie par l'âge probable de la grossesse, n'a donc qu'une valeur relative et il y a lieu d'analyser de très près les symptômes présentés par la malade dans les premiers instants qui suivent la crise. L'ensemble des phénomènes ne peut donner que l'idée d'une violente crise péritonéale ; le problème consiste à démêler si l'intensité des symptômes appartient au péritonisme ou à l'hémorragie interne. Deux signes me paraissent avoir la plus grande valeur en faveur de l'hémorragie, à savoir : l'*hypothermie* et la *décoloration* des muqueuses et des téguments. Si, peu de temps après le début des accidents, alors que l'angoisse des premiers instants est atténuée, la température reste au dessous de 36° ou à 36°, si la peau du tronc, des mains, le dessous des ongles, la muqueuse buccale, conjonctivale, vulvaire, prennent et gardent cette décoloration blanche des tissus, caractéristique de l'anémie aiguë, il n'y a pas de doute, l'hémorragie a été considérable, le danger est imminent, une nouvelle hémorragie peut rapidement emporter la malade.

A ces deux signes s'ajoutent le plus souvent la petitesse et la fréquence du pouls. La douleur abdominale, les nausées, les vomissements, sont loin d'avoir la même valeur au point de vue du diagnostic de l'hémorragie. Ces signes acquièrent aussi de l'importance par leur persistance alors que les phénomènes du choc péritonéal vont en s'atténuant à mesure que l'on s'éloigne du début de la crise.

Sur tous les cas que j'ai opérés, je n'ai assisté qu'une seule fois à la production initiale des accidents de la rupture. La situation était grave et embarrassante ; arrivé deux heures environ après le début des accidents, je trouve une malade d'une pâleur cireuse avec un pouls petit, fuyant à 112, et une température de 36° 8 ; les accidents, pendant les trois premières heures, ont été si inquiétants que la malade a semblé à plusieurs reprises succomber dans une syncope. En faisant le compte exact des chances possibles de la date de conception, facilité par la connaissance précise de la date des rapports, je conclus qu'il ne peut s'agir d'une grossesse ectopique ayant plus de 7 semaines, et en présence de l'amélioration produite depuis environ une heure, je conseille la temporisation, tout en faisant préparer le nécessaire pour une laparotomie d'urgence, s'il y a aggravation dans les symptômes et en conseillant une injection sous-cutanée d'un litre de sérum. L'événement me donna raison, au moins pour les premiers jours ; 10 jours plus tard, au moment d'une garde-robe, sans effort, les mêmes accidents se reproduisent ; la situation redevient inquiétante et, deux jours plus tard, la laparotomie nous fait constater et enlever un épanchement sanguin *très considérable* répandu à travers tout l'abdomen, composé de sang fluide en très grande quantité et de quelques caillots dans le bassin, la trompe droite grosse comme un



œuf et rompue près de son pavillon et un petit embryon de 7 à 8 semaines environ. La guérison se fit rapidement.

J'ai cité le cas en abrégé, pour faire voir que l'âge peu avancé de la grossesse n'a pas toujours l'importance qu'on pourrait lui attribuer et, dans un cas semblable, en face d'accidents initiaux aussi caractérisés, j'interviendrais de suite, c'est-à-dire quelques heures après l'accident sans attendre une nouvelle crise qui peut être fatale. Je m'empresse d'ajouter que nous sommes rarement appelés à assister à ce début dramatique, et j'insiste sur la nécessité de tenir grand compte de la décoloration des tissus persistant plusieurs heures ou plusieurs jours après le début de la crise et témoignant d'une anémie aiguë par hémorragie intense.

Pareille hésitation n'existerait pas et la conduite serait toute tracée si l'examen local, combiné avec l'étude des symptômes généraux, permettait, peu de temps après la production des accidents, d'apprécier la quantité de sang épanché ; mais il n'en est rien. Ni le toucher, ni le toucher et le palper combinés, ni la palpation, ni la percussion ne fournissent un élément important de diagnostic. Du sang peut s'épancher en quantité considérable dans le bassin, même dans le cul-de-sac péritonéal postérieur, sans donner lieu à des signes appréciables, tant qu'il reste fluide. Le manque de résistance au niveau de l'abdomen pendant l'exploration par le doigt vaginal ne permet pas de se rendre compte de la présence et à plus forte raison de l'épaisseur de la nappe liquide. Le sang ne devient vraiment appréciable que lorsqu'il se ramasse en caillot et forme en arrière et sur le côté de l'utérus ou à la région hypogastrique une tuméfaction qui peut être palpée, circonscrite et à peu près délimitée. A l'état liquide, il ne serait perceptible que s'il se formait au-dessus de lui une espèce de voûte, de dôme, d'adhérence qui permettrait d'en apprécier la présence par le toucher et le palper combinés. Ce faux enkystement ne se produit que tardivement et alors que la plus grande partie de sang est collectée en caillots ; il ne s'agit même pas d'un enkystement véritable, mais bien d'adhérences plus ou moins lâches formées par les anses intestinales entre elles, avec la paroi abdominale et avec l'épiploon souvent infiltré de sang. Mais les adhérences et le rapprochement de ces diverses parties suffisent à former un plan résistant qui, avec les caillots, permettent d'apprécier la tuméfaction. Celle-ci est, en général, appréciable au bout de quelques jours. Si le sang ne se coagule pas, si cette espèce de plan résistant ne s'organise pas, les signes d'épanchement peuvent faire constamment défaut. C'est ce qui arriva chez la malade à laquelle je faisais allusion plus haut en exposant sa crise initiale ; un examen fait quatre heures après le début des accidents ne révéla absolument rien qu'un peu d'empâtement haut situé, vers le bord droit de l'utérus ; huit jours plus tard nouvel examen ; alors que les symptômes de début me faisaient croire que j'allais trouver une volumineuse hématocèle, les signes sont encore négatifs. les culs-de-sac sont vides, les fosses iliaques ne sont pas empâtées ; il n'y a qu'une légère tuméfaction au niveau du fond du bord droit de l'utérus, et la laparotomie faite quelques jours plus tard laisse évacuer plus d'un litre et demi de sang fluide noirâtre !

Dans toutes mes autres observations, il n'a pu être noté des signes de début, ces malades ayant toujours été vues plus ou moins longtemps après la crise initiale et, dans ces cas, il a toujours été constaté une hématocèle péri-utérine ou une hémato-salpinx.

Je laisse de côté l'étude des signes bien connus de ces deux lésions constituées ; à propos de l'hématocèle, je note seulement au passage que la collection peut, dans certains cas, ne pas être perçue dans le cul-de-sac péritonéal postérieur. Ce cul-de-sac a pu être comblé par une inflammation antérieure ; il n'existe plus à proprement parler ni cul-de-sac recto-utérin, ni cavité de Douglas. Le sang est forcé de se collecter plus haut ; les signes de l'hématocèle se trouvent de ce fait légèrement modifiés et il ne peut être question d'évacuation par la voie vaginale.

Il me paraît plus intéressant d'insister en quelques lignes sur certains phénomènes de connaissance moins vulgaire consécutifs à la rupture de la grossesse extra-utérine.

L'écoulement sanguin qui se fait par le col acquiert par la fréquence des cas où il est observé et ses caractères objectifs une véritable valeur diagnostique. Dans mes observations, il est noté 30 fois sur 48 cas. Dans quelques cas il s'agit d'une véritable métrorragie assez abondante constituée par du sang liquide pur, sans caillots en général : mais le plus souvent il s'agit d'un suintement peu abondant mais continu, composé d'un liquide sanguinolent brunâtre, de couleur de rouille ou de chocolat, ayant en un mot les caractères d'un sang déjà sorti des vaisseaux depuis quelque temps. Cet écoulement est presque caractéristique. La métrorragie franche de sang rouge paraît être d'origine utérine ; elle semble liée au développement considérable de l'utérus et de sa vascularisation par le fait du développement de la grossesse ectopique ; elle se produit au moment du faux travail et dans les jours qui suivent et accompagne assez souvent l'expulsion de la caduque à tel point, comme nous l'avons dit, qu'on songe quelquefois à tort à un véritable avortement. Elle ne se prolonge guère plus de quinze jours à trois semaines. L'écoulement sanguinolent, brunâtre rouillé, est d'origine tubaire ; il ne précède et n'accompagne pas la crise de rupture tubaire, comme la métrorragie du sang rouge, il lui succède et s'établit dans les quelques jours qui suivent pour se prolonger un mois et même plus, cesser quelques jours et réapparaître de nouveau. Il est fourni par l'épanchement sanguin produit dans la trompe et peut-être même par le sang épanché dans le péritoine et rentrant dans la trompe par l'orifice péritonéal. Il a exactement les mêmes caractères que le liquide trouvé dans la cavité tubaire au moment de la laparotomie et l'écoulement par le vagin cesse comme par enchantement dès le lendemain du jour qui suit l'ablation de la trompe. En revanche, ni les injections, ni le repos ne sont capables de le modifier.

Dans deux cas, cet écoulement sanguin a présenté une odeur fétide, infecte, en rapport avec une infection de la muqueuse utérine et un mauvais état de propreté vaginale abandonnée à la nature. A chaque fois, cette infection s'accompagnait de fièvre, et dans un cas la laparotomie a démontré que l'infection avait gagné la trompe et que le contenu de celle-ci était un liquide sanieux, à la fois sanglant et purulent, avec péritonite septique autour de la trompe.

En dehors de ces phénomènes septiques bien caractérisés et heureusement exceptionnels, liés à une infection dont la porte d'entrée n'est pas douteuse, la *fièvre* n'est pas rare après la rupture de la grossesse extra-utérine, alors même qu'il ne semble y avoir ni infection utérine, ni infection intestinale. Dans 11 cas, nous notons une notable élévation de la température ; celle-ci monte à 38° ou 38°5 le soir, et, en général, elle ne dépasse pas ce niveau. Une des malades a présenté de la fièvre avec grandes oscillations ; chaque jour, à 3 heures elle était prise d'un frisson avec ascension de la température à 39° et retombait le matin à 37°5. Néanmoins, dans tous ces cas, l'ouverture de la collection et l'évacuation aussi complète que possible de la poche n'a jamais démontré de suppuration et, du coup, l'opération a fait tomber la fièvre.

Pourquoi cette fièvre existe-t-elle dans quelques cas, pourquoi fait-elle défaut dans d'autres ? nous ne saurions le dire. On n'en trouve la raison apparente ni dans la quantité, ni dans la qualité des caillots ou du sang épanché, et, après l'opération, ces cas se comportent aussi simplement que les cas apyrétiques.

Dans 50 observations, la suppuration de l'hématocèle péri-utérine ne s'est produite que trois fois ; deux fois, elle a été reconnue et diagnostiquée avant l'ouverture de la poche ; une fois la collection hémato-purulente s'est ouverte et vidée spontanément dans le rectum. La purulence de la collection entraîne plus que jamais l'indication de l'ouverture vaginale.

Les *douleurs* abdominales qui succèdent à la rupture de la grossesse ectopique sont plus fréquentes que la fièvre ; nous les trouvons expressement notées dans 26 cas, c'est-à-dire dans plus de la moitié. Après la crise en général, la souffrance abdominale s'atténue et quelques malades au bout de quelques jours n'éprouvent plus aucune douleur et peuvent marcher et reprendre leurs occupations, portant dans l'abdomen une collection sanguine plus ou moins considérable ou un hémato salpinx. D'autres ne souffrent pas au repos, mais sont incapables de marcher et éprouvent par la marche des douleurs abdominales et lombaires ; enfin la plupart sont immobilisées par des douleurs violentes, souvent localisées à une des fosses iliaques, revenant souvent par crises, quelquefois nocturnes (1 cas) et s'exagérant parfois au moment de la défécation (2 cas). Ces douleurs sont assez violentes pour exiger fréquemment l'usage répété de la morphine jusqu'au moment de l'opération.

Chez quelques-unes de ces malades, l'état général redevient rapidement bon, mais chez celles qui souffrent et présentent de la température, il y a un véritable état de maladie avec inappétence, perte de forces, insomnie, altération des traits, etc.

Le petit nombre des cas où il n'y a pas eu d'intervention ne nous permet pas de dire ce qu'il serait advenu de ces malades abandonnées à elles-mêmes ; dans deux cas, la suppuration était faite dans la poche avant l'intervention ; dans un troisième, elle se fit jour spontanément dans le rectum et la malade finit par guérir après un écoulement rectal prolongé. J'ai deux autres observations cataloguées sous le nom d'*hématocèle* dans lesquelles on note une tumeur abdominale siégeant dans le cul-de-sac postérieur et empiétant sur un des côtés de l'utérus ; les malades guérirent par le repos et les injections chaudes, et sortirent de l'hôpital au bout d'un mois en bon état. Ces observations appartiennent aux premières périodes de ma pratique : elles sont douteuses comme diagnostic, peuvent se rapporter à une poussée de pelvi-péritonite séreuse compliquant une lésion utérine ou annexielle ; elles ne sauraient être données comme des exemples de guérison spontanée d'une hématocèle.

Dans un prochain article, j'étudierai les indications, le mode et les résultats de l'intervention chirurgicale dans la grossesse extra-utérine.

(*La Gynécologie*, 1898, n° 1.)



REVUE FRANÇAISE

M. Gangolphe. — SUR LA TORSION DU PÉDICULE DES KYSTES OVARIQUES. (*Bulletin de la Société de Chirurgie de Lyon*, 1897-98.)

J'ai eu récemment l'occasion d'observer deux faits de torsion du pédicule de kyste ovarique. Le premier cas a trait à une Femme de 55 ans environ auprès de laquelle je fus appelé pour des accidents de péritonite et qui était mourante au moment où je la vis. La deuxième observation concerne une malade, voisine et amie de la précédente, ayant présenté antérieurement des accidents analogues et qui, redoutant une issue pareille, vint se faire opérer dans mon service.

Voici, du reste, le détail de ces deux faits :

1° Mme B... (de Rive-de-Gier), âgée de 55 ans, était porteur, depuis plusieurs années, d'une tumeur abdominale reconnue comme étant un kyste de l'ovaire ; son médecin, notre distingué confrère le docteur Hyvernat, lui avait, à diverses reprises, conseillé de se faire opérer. Malgré le volume du ventre, cette malade pouvait vaquer aux soins de son ménage, aussi se refusa-t-elle à toute intervention.

J'ajoute qu'elle avait eu plusieurs couches, toutes normales, et que les règles devenues irrégulières depuis quelque temps s'étaient montrées de nouveau au moment, peut-être à l'occasion des accidents qui devaient l'enlever.

Le 20 septembre 1897, je la trouvai dans un état extrêmement grave. Le ventre volumineux, météorisé, était sensible surtout dans la région du bas-ventre ; la palpation et la percussion permettaient de reconnaître l'existence d'un kyste volumineux et d'une certaine quantité d'ascite. Le toucher vaginal et rectal montrait une sensibilité extrême des culs-de-sac péritonéaux et la position de l'utérus en rétroversion.

Le tirage des flancs, au moment de l'inspiration, la petitesse, la fréquence extrême du pouls (120 à 140) coïncidant avec une température relativement faible, un peu au-dessus de 38°, les vomissements, l'acreté des gaz, la réduction extrême du volume de l'urine, tout prouvait l'existence d'une péritonite généralisée et l'imminence d'une issue fatale,

Les renseignements fournis par la malade (dont l'intelligence était conservée) par son entourage et notre confrère, nous firent penser qu'il s'agissait d'une péritonite due à une torsion du pédicule d'un kyste de l'ovaire. En effet, trois ou quatre jours auparavant à la suite de fatigues plus considérables, la malade avait, à la fois, éprouvé de violentes douleurs abdominales et remarqué que son ventre *avait changé de forme*. Spontanément elle nous avait donné ce renseignement : comparant ce changement à celui qui se produit chez une Femme grosse, quelque temps avant l'accouchement : son ventre était tombé.

Je crus devoir éliminer l'hypothèse d'appendicite, en raison d'absence de localisation primitive à droite.

Malheureusement l'état général ne permettait pas autre chose qu'une médication palliative au point de vue des douleurs. La laparotomie n'était pas faisable, la malade succomba le lendemain.

2° Dans le voisinage de cette malade, habitait une Femme porteur, elle aussi, d'un kyste de l'ovaire et qui, à deux reprises, notamment il y a dix-neuf mois, avait été soignée pour des accidents de péritonite. En apprenant la mort de sa compatriote et l'opinion que j'avais émise, elle vint à l'Hôtel-Dieu. Voici les notes recueillies par mon secrétaire :

C..., Claudine, 53 ans, ménagère. Entrée, le 17 août 1897, salle Sainte-Marthe, n° 7.

Diagnostic. — Kyste de l'ovaire. Pédicule tordu.

Antécédents. Mère morte accidentellement ; père alcoolique mort d'une affection médullaire.

Parmi les antécédents personnels il faut noter une attaque de rhumatisme articulaire aigu à l'âge de 30 ans ; depuis vingt ans une ou deux poussées nouvelles de rhumatisme, mais fort atténuées. Il y a neuf ans, à la suite d'un chagrin de famille, diarrhée, vomissements, amaigrissement marqué. Jamais d'hémoptysies, hématémèses, ni mœlena. Quelque temps après la malade a repris son embonpoint et a vécu en parfaite santé jusqu'à maintenant.

Réglée à 11 ans, neuf enfants, accouchements normaux. Ménopause à 48 ans. Pas de métrorragies.

Il y a dix-neuf mois, à la suite d'un nouveau chagrin, elle a éprouvé des coliques violentes qui ont duré trois semaines, en même temps diarrhée, vomissements, amaigrissement. Ces accidents, qualifiés de péritonite, furent graves et forcèrent la malade à s'aliter plusieurs semaines. Tous ces troubles digestifs ont disparu, mais jamais la malade n'a regagné son embonpoint antérieur.

L'augmentation de volume du ventre paraît avoir débuté vers la ménopause, c'est-à-dire il y a cinq ans. Mais, pendant plusieurs années, l'abdomen n'avait jamais été très douloureux et n'avait même pas causé de gêne sérieuse. En janvier dernier les douleurs abdominales sont devenues vives. Depuis lors elles ont sensiblement diminué, mais n'ont pas disparu ; souvent ces douleurs revêtent le caractère des douleurs prodromiques du travail.

Le ventre a continué à augmenter relativement plus vite qu'avant la dernière maladie.

Actuellement on constate que le ventre est très gros ; tuméfaction régulière, globuleuse, avec léger réseau veineux sous-cutané occupant tout l'abdomen, peau tendue, ombilic étalé.

La palpation révèle une certaine mollesse dans les flancs ; pas de fluctuation bien nette ; flot mal perçu. Autour de l'ombilic : consistance plus dure sous forme de plaque, mais sans bosselures ni noyaux.

A la percussion on trouve une matité très nette au centre ; dans les flancs, au contraire, sonorité exagérée.

Le toucher vaginal donne les renseignements suivants ; col remonté, utérus en rétroversion ; ce dernier détail ne peut être apprécié qu'en faisant le toucher rectal.

Depuis le début de l'affection actuelle, la malade a des troubles digestifs, renvois, pesanteur dans l'épigastre. Pas de constipation. Un peu de dysurie. Pas de dyspnée.

A l'auscultation du poumon, on entend une respiration rude et saccadée, en avant et à droite.

Au cœur, il semble qu'au niveau de la pointe le premier bruit se prolonge en un léger souffle mésosystolique.

Urines : Traces d'albumine.

Sucre : néant.

Phosphate : 1 gr. 21 par litre.

Urée : 9 gr. 50.

Le diagnostic porté est celui de kyste de l'ovaire ayant très probablement présenté des accidents de torsion du pédicule.

Opération. — Le 4 septembre, je pratiquai l'ablation du kyste. Celle-ci permit de constater certains détails qui confirment le diagnostic. Le pédicule était extrêmement long et grêle, à peine de la dimension d'un porte-plume ou d'une bougie, n°s 22 ou 21 de la filière Charrière. Il paraissait plus grêle encore sur une certaine étendue vers son insertion sur le ligament large.

On comprenait difficilement comment un kyste d'une contenance de 15 à 20 litres environ pouvait être nourri par ce pédicule. Les poches, multiples, contenaient, la plupart, un liquide hématique jaunâtre, filant. Des adhérences assez faibles existaient avec l'épiploon de l'intestin, mais le kyste était littéralement collé, fusionné avec la région ombilicale et cela sur une étendue considérable. Afin de le détacher en ce point, je commençai par lier le pédicule, puis j'attirai fortement au dehors, sous les yeux, la zone des adhérences. De longues pinces les circonvinrent et j'extirpai, avec le kyste, une notable quantité des plans aponévrotiques de la région. L'ombilic fut extirpé comme dans un cas de hernie. En dehors de ces détails l'opération ne présenta rien de particulier. La malade sortit guérie le vingtième jour.

M. CONDAMIN. — Une notion importante dans la torsion du pédicule est l'accouchement. Il relate une observation qui a été publiée précédemment où la torsion du pédicule d'un kyste reconnu pendant la grossesse a été observée peu de temps avant l'accouchement.

La tension abdominale diminue sensiblement après l'accouchement. Qu'un kyste préexiste à l'évacuation de l'utérus, il se trouvera dans les meilleures conditions pour se déplacer, rouler pour ainsi dire dans le ventre, et tordre son pédicule. Aussi est-il indiqué d'opérer les kystes de l'ovaire pendant la grossesse, quand on les constate.

M. FOCHIER demande à M. Gangolphe s'il n'a pas observé, du côté du kyste, des phénomènes de regression.

M. GANGOLPHE. — Le kyste était très volumineux, mais pourvu de nombreuses adhérences qui expliquent la possibilité, pour un kyste presque isolé, de vivre par une sorte de circulation accessoire et complémentaire.

M. Cordier. — TRAITEMENT DES BARTHOLINITES CHRONIQUES. (*Bulletin de la Société de Chirurgie de Lyon*, 1897-98.)

Du traitement de la bartholinite aiguë je ne dirai rien, sinon qu'il me paraît préférable d'ouvrir tardivement l'abcès et même d'attendre l'ouverture spontanée si elle tend à se faire au voisinage de l'orifice naturel. Après une intervention hâtive, la guérison est moins complète et les récidives plus fréquentes. Si, pourtant, la douleur est très vive, si le pus menace de se faire jour en avant ou en dehors de la grande lèvre, il faut inciser, non pas sur le point le plus fluctuant, mais le plus près possible de l'orifice du canal excréteur.

Cette bartholinite aiguë, ou suraiguë, n'est vraiment grave que si elle affecte la forme récidivante ou devient une bartholinite chronique suintante.

Sous ces deux formes elle fait le désespoir de la malade et du chirurgien.

Quatre ou cinq fois par an, voire même à chaque époque menstruelle, c'est une nouvelle poussée inflammatoire, un nouvel abcès qui s'écoule par l'orifice naturel et qui ne tarit jamais ; dans les



périodes d'accalmie la glande continue à sécréter un liquide puriforme presque toujours contagieux.

Les poussées inflammatoires peuvent disparaître avec le temps, mais le suintement persiste avec ses dangers d'infection qui rendent presque impossible la fonction génitale. On comprend bien, dès lors, qu'en l'absence de tout traitement efficace on ait pratiqué l'extirpation totale de la glande.

C'est encore ce même traitement radical que l'on a préconisé dans les bartholinites kystiques. Comme cette variété est plus souvent indolente, non suintante, inoffensive, l'extirpation me paraît infiniment préférable. Si, pourtant, il y a du catarrhe concomitant, s'il y a quelques poussées inflammatoires, si, enfin, pour des raisons d'un autre ordre, la malade veut absolument se débarrasser de cette petite difformité, le traitement s'impose, et le seul efficace jusqu'à ce jour est encore l'*ablation*.

Cette opération pour être inoffensive, n'en est pas moins, sinon difficile, au moins très ennuyeuse. Je l'ai pratiquée deux fois ; elle se fait à travers des tissus qui saignent beaucoup, dans une région difficilement aseptique ; de là, une suppuration prolongée et des cicatrices disgracieuses qui, au point de vue professionnel, ne sont pas sans importance.

Si encore on était à l'abri de toute récidive? Mais est-on jamais bien sûr, même avec les injections solidifiables, si tant est qu'elles soient pratiques, d'avoir enlevé la glande tout entière.

Il y a des récidives même après les opérations faites par des chirurgiens d'une habileté incontestable.

Peu satisfait de cette opération à mon avis trop vantée, j'ai essayé sans doute après beaucoup d'autres, d'injecter par le canal excréteur les solutions médicamenteuses les plus diverses. Quoiqu'on parvienne facilement à visser l'embout d'une seringue de Guyon dans l'orifice du canal toujours dilaté, les injections pénètrent mal et ne donnent aucun résultat.

Il fallait donc porter la solution choisie dans la glande même, en travers les tissus avec la fine aiguille d'une seringue de Pravaz.

C'est ce que j'ai fait d'abord avec une solution de chlorure de zinc au 20e et, plus tard, avec la solution alcoolique d'acide salicylique, en raison de son action toute spéciale sur les tissus épidermiques.

J'avais pu me convaincre, en expérimentant sur les Cobayes, que l'acide salicylique en solution alcoolique était parfaitement toléré par les tissus. Même en solution saturée, il ne provoquait ni douleur vive, ni réaction inflammatoire violente, ni suppuration. Je pouvais l'injecter sans craindre autre chose que l'insuccès.

Les résultats obtenus ont dépassé mes espérances. Voici donc comment on procède :

Entre le pouce et l'index de la main gauche, je saisis la grande lèvre près de la fourchette ; j'immobilise ainsi sous le doigt la glande que l'on reconnaît toujours très nettement pour peu qu'elle soit malade. Avec la seringue de Pravaz, j'injecte dans la glande un demi-centimètre cube de la solution alcoolique salicylée, solution à saturation.

Les souffrances accusées par les malades sont toujours peu vives et surtout de très courte durée. L'inflammation ne se manifeste, le lendemain, que par un peu de gonflement disparaissant lui-même après cinq ou six jours. A ce moment la sécrétion est tarie et la guérison complète.

Dans quelques cas, cependant, il a fallu faire une deuxième injection : elle est rarement nécessaire.

Il me serait facile de relater les nombreuses observations recueillies durant une année. Les internes et externes qui se sont succédé dans mon service ont été témoins des guérisons obtenues.

Elles sont si probantes qu'à mon avis le chirurgien serait coupable qui pratiquerait l'extirpation de la glande de Bartholin sans avoir, au préalable, essayé les injections intra-glandulaires d'alcool salicylé.

M. Rochet demande à M. Cordier s'il a observé fréquemment des kystes de la glande vulvo-vaginale.

M. Cordier. — Ces kystes de la glande de Bartholin, paraissent assez fréquents. Au point de vue de la localisation exacte du kyste, il est plus difficile de la déterminer, de savoir s'il siège dans la glande ou dans le canal excréteur. Quoi qu'il en soit, le traitement est le même.

M. Jaboulay croit à la possibilité de l'extirpation de la poche en cas d'hématocèle ou de kyste. En coiffant le doigt avec la poche, on peut la disséquer avec des ciseaux et l'enlever complètement.

M. Cordier. — La cicatrice est déplorée par les malades. Dans un cas opéré par M. Jaboulay, d'un côté il existait une large cicatrice ; de l'autre côté, la guérison s'obtint sans cicatrice et fut parfaite, à la plus grande satisfaction de la malade.

M. Horand conseille l'incision large et le crayon de nitrate d'argent pour assurer la cicatrisation à plat. Pour les bartholinites chroniques, il accepte le traitement préconisé par M. Cordier.

REVUE ANGLAISE

Donald. — HYSTÉRECTOMIE POUR PERFORATION DE L'UTÉRUS. (Soc. gyn. et obst. du Nord, 18 février 1898.) — *Brit. Med. J.*, 5 mars 1898.)

La malade avait appelé, pour une hémorragie puerpérale grave, un médecin qui, en faisant l'exploration, découvrit une perforation sur la paroi postérieure de l'utérus et convoqua aussitôt Donald. A son arrivée, collapsus, pâleur extrême, anhélation, pouls à 150, presque imperceptible. Le doigt vaginal pénètre, à travers la perforation utérine, jusque dans le ligament large et la cavité abdominale. Ethérisation.

Incision, aux ciseaux, du cul-de-sac postérieur et issue d'une grande quantité de sang et de caillots. Incision médiane de l'utérus par la méthode de Doyen : les deux moitiés de l'organe sont luxées dans le vagin et les ligaments larges sont saisis de haut en bas dans des pinces qu'on bascule ensuite pour en mettre l'extrémité dans la cavité péritonéale. Tamponnement à la gaze iodoformée. L'opération fut faite dans le logement d'un ouvrier, à 4 heures du soir en décembre, avec l'assistance d'une garde de village et dura 10 minutes. L'auteur a choisi l'hystérectomie de préférence à la suture de la déchirure ou au tamponnement à cause de la rapidité de son exécution et de la sécurité qu'elle donnait contre l'éventualité d'un nouvel écoulement de sang. C'est une méthode qui devrait être adoptée dans un certain nombre cas de déchirures obstétricales. Son grand avantage sur l'incision abdominale réside dans l'absence de choc. La supériorité des pinces sur les ligatures, dans un cas pareil, s'impose par la rapidité de leur application. Stéph. Bonnet.

REVUE BELGE

Keiffer. — DE LA VALEUR DU DRAINAGE DE LA CAVITÉ ABDOMINALE APRÈS LES INTERVENTIONS OPÉRATOIRES SUR LES ORGANES PELVIENS. (*Bulletin de la Société belge de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1898, p. 16.)

La question de savoir s'il est utile ou non de drainer le Douglas après une opération sur les viscères pelviens semble diviser les chirurgiens en deux camps bien distincts, ce qui prouve qu'elle est loin d'être élucidée.

A défaut d'une démonstration expérimentale ou clinique bien précise, les praticiens se basent peut-être, en attendant, sur des préférences personnelles que justifient apparemment une série de succès. Cela est insuffisant, et il conviendrait d'être fixé, à cet égard, scientifiquement.

Le moment est d'autant mieux choisi pour examiner les divers points du problème, que l'on possède aujourd'hui presque tous les éléments étiologiques de la péritonite post-opératoire, l'affection qu'il s'agit précisément d'éviter.

Mais posons tout d'abord les limites de la question que nous allons étudier.

Il ne s'agit pas de discuter la valeur du drainage qu'effectue l'hystérectomie vaginale pour suppurations pelviennes chroniques ou celui réalisé naturellement par les opérations abdomino-vaginales pour affections utérines ou annexielles, où il existe de la gangrène ou une infection quelconque.

Tous les chirurgiens sont unanimes aujourd'hui à en reconnaître la nécessité.

Il ne s'agit pas non plus de se demander, si, après une ovariotomie simple ou une salpingectomie rapide il faille ouvrir le Douglas et le drainer pendant plusieurs jours. Tout le monde répondra négativement, et avec raison.

La question se ramène à envisager l'éventualité d'une péritonite consécutive à une cœliotomie laborieuse ou une hystérectomie abdominale lorsque l'opération a duré longtemps, lorsqu'il a fallu disséquer les adhérences, travailler l'intestin, faire des sutures et ligatures dans le grand et le petit bassin, altérer de grandes surfaces péritonéales, nettoyer longuement l'abdomen après la rupture de salpingites suppurées, d'hématomes, d'hématocèles, après l'énucléation de fibromes enclavés dans le pelvis, etc., enfin, lorsque la nature, la longueur des manœuvres et le genre de la lésion ne laissent dans l'esprit du chirurgien qu'une confiance médiocre dans la réalisation aseptique de son intervention ; faut-il alors, en principe, fermer l'abdomen complètement du côté du vagin et du côté de l'abdomen ou faut-il toujours assurer le drainage du péritoine par les voies inférieures ?

D'aucuns seront tentés de répondre à une telle question en disant : Si le chirurgien est sûr de l'asepsie de ses mains, de ses assistants, de son outillage, il peut, dans la grande majorité des cas, fermer définitivement l'abdomen.



Nous objecterons à ceux-là que l'asepsie rigoureuse de leur technique n'empêche pas les contages microbiens, préexistant à l'opération, de trouver sur place, dans le traumatisme chirurgical, toutes les portes ouvertes à une infection.

D'autres répondront qu'ils ont un certain flair pour les natures faciles à s'infecter, qu'ils ont le pressentiment des mauvais terrains, et qu'alors seulement ils drainent le Douglas.

Cependant, rien n'est plus fragile que ce flair médical ; cette intuition a trompé les plus habiles.

Il n'y a pas que le terrain, il y a la nature du poison ensemencé, deux choses déjà difficiles à apprécier isolément, et qui le sont bien davantage dans leur relativité et leurs influences réactionnelles réciproques. De là nos étonnements si fréquents devant la mort rapide d'individus exceptionnellement robustes, et de l'extrême résistance d'organismes affaiblis, anémiques, à tares organiques profondes sur la guérison desquels nous ne fondions que très peu d'espoir. Les malades habitués à suppurer sont, sous ce rapport, étonnants dans la lutte contre l'infection.

L'examen de ces diverses considérations de technique chirurgicale, de résistance organique et de virulence microbienne n'est pas bien fait, comme on le voit, pour éclaircir la question telle qu'elle est posée.

Cela nous engage à la formuler d'une autre manière, moins clinique et plus scientifique encore :

Les éléments infectieux capables de déterminer une péritonite, appartenant déjà aux tissus opérés ou introduits par l'acte chirurgical, trouvent-ils un meilleur terrain de propagation dans une cavité péritonéale close ou dans une cavité péritonéale ouverte ?

Il s'agit donc d'élucider tout d'abord un problème de physiologie pathologique. Le meilleur moyen d'y arriver serait non pas d'interroger les faits cliniques soumis infiniment trop à la variabilité de terrain et de contage, mais d'interroger un Animal expérimental soumis à des conditions comparables à une infection péritonéale expérimentale que l'on pourrait reproduire identiquement un grand nombre de fois.

Nous savons, par exemple, qu'une culture très virulente de Streptocoques, injectée dans le péritoine d'un Lapin, tue ce Lapin par péritonite, dans des conditions de poids, de virulence, de temps, très précises.

On sait, d'autre part, et surtout par les belles recherches de Marmoreck et de Denys, que le sérum antistreptococcique empêche ce même Lapin contaminé de mourir, lorsque ce sérum est administré dans des conditions favorables de moment, de poids, de quantité, d'unités antitoxiques.

Il ne doit pas être impossible d'instituer une ou plusieurs séries d'expériences comparatives, sur des Lapins ou des Chiens, au moyen de ces cultures et du sérum, à l'effet de savoir quelle serait l'influence du drainage abdominal sur les processus infectieux et sur la marche de la mort ou de la guérison.

En l'absence de données expérimentales décisives de ce genre, et qui, espérons-le, se feront jour bientôt, nous pouvons passer en revue les arguments réels et apparents qui plaident en faveur des deux systèmes énoncés, et examiner leurs inconvénients.

Disons de suite que, pour notre part, nous sommes très partisans du drainage dans un grand nombre de cas :

1° Parce que les conditions physiques de dissémination des poisons se trouvent mieux réalisées lorsque l'abdomen est fermé ;

2° Parce que les inconvénients du drainage sont infiniment moins graves que ceux auxquels on s'expose par la fermeture.

Ces conditions physiques sont : *la pression positive intra-abdominale* et *la rétention sous pression* des produits inflammatoires et des reliquats traumatiques de l'opération (sang, lymphe, sécrétion péritonéale, fragments de tissus).

Si un virus bacillaire a été introduit dans la cavité au cours de l'opération et qu'il entre en pullulation, ses toxines exercent bientôt leur action funeste sur le système nerveux, sur l'appareil vasomoteur tout spécialement et sur l'appareil musculaire. On voit l'intestin se paralyser ; c'est le péritoine qui perd peu à peu ses propriétés bactéricides, les vaisseaux sanguins s'engorgent, la stase veineuse s'établit proportionnellement, les sécrétions muqueuses s'arrêtent, l'intestin se météorise. Avec ces phénomènes, la pression intra-abdominale augmente parce que la cavité abdominale est un vase clos. Cette augmentation de pression doit être des plus favorables à la résorption et à la dissémination des produits mêmes de l'inflammation à la surface de la séreuse. Si même il y avait tendance à la guérison, reprise des fonctions phagocytaires sur les Bacilles, il nous semble que le météorisme doit contrarier singulièrement cette tendance régressive et s'opposer, par les progrès incessants de la pression intra-abdominale, à la circulation artérielle, veineuse et lymphatique, si nécessaires en ce moment. C'est, en effet, d'elle que dépend surtout le sort de l'opérée. Les sérums, avec leurs pouvoirs antitoxiques, ne peuvent développer leur action utile qu'à la condition d'être charriés partout où les poisons microbiens se sont répandus ; c'est grâce à l'abondance et au renouvellement continu des matériaux nutritifs que peut se concevoir la possibilité d'une neutralisation des poisons, et la valeur du lavage du sang et des transfusions profuses apparaît ici clairement.

Lorsque le péritoine, ou plutôt son merveilleux réseau vasculaire, est paralysé, son pouvoir de résorption est presque nul. Bien plus, comme dans toute inflammation, ces vaisseaux vont fournir par diapédèse et transsudation des produits qui tendront à s'accumuler à la surface de la séreuse et ultérieurement dans les parties les plus déclives de l'abdomen.

On conçoit que la pression des gaz intestinaux concourt à développer un tel processus, non seulement en surface mais en quantité. La circulation intestinale, au lieu d'établir un courant émonctoire des poisons et toxines alimentaires vers la lumière intestinale, provoque ce courant, grâce à ces nouvelles conditions physiques, en sens inverse, c'est-à-dire vers le péritoine. De là la formation de ce que l'on appelle si erronément la sécrétion péritonitique.

Si, maintenant, la cavité abdominale reste close avec son contenu toxique et infectieux et qu'une accalmie se produise dans le météorisme et dans les processus inflammatoires ; que se passera-t-il ?

Un retour vers la circulation normale ; mais, celle-ci, en rétablissant le courant des liquides organiques vers la cavité intestinale, va entraîner dans son torrent les produits toxiques qu'elle vient précisément d'émettre à la surface du péritoine, et qui stagnent entre les anses intestinales et dans les parties déclives de l'abdomen.

Un traitement évacuateur, diminuant la pression des gaz, nous apparaît comme étant, à un moment donné, défavorable à l'organisme que l'on veut préserver. L'alternance qui s'établit dans les rémissions et les exacerbations de la température et des phénomènes généraux et locaux nous montre bien que l'organisme se réinfecte lui-même après avoir lutté un moment victorieusement contre l'inflammation. On peut dire que, dans un abdomen clos, les conditions physiques mauvaises s'accumulent étrangement, se superposent en quelque sorte et tendent à aggraver de plus en plus la situation.

Aussi les péritonites sont-elles le plus souvent rapidement mortelles. Nous pensons que la cause en est surtout dans ce fait que l'affection se passe dans un système circulatoire fermé, mal organisé pour l'élimination des produits de l'inflammation. Dans les affections pulmonaires, intestinales, les exsudats trouvent facilement une porte de sortie ; dans la péritonite l'organe malade baigne dans ses exsudats et chaque fois qu'il essaye de triompher dans la lutte contre l'infection, il se réinfecte à nouveau par ses propres armes. Aussi, il arrive rarement que l'organisme trouve en lui-même les matériaux chimiques suffisants pour neutraliser assez longtemps les poisons absorbés. A bout d'antitoxine, il succombe d'auto-intoxication.

Cette manière d'envisager les processus péritonitiques, aboutissant à la mort, fait immédiatement comprendre toute l'utilité qu'il y a : 1° à fournir à l'organisme un surcroît de substance antitoxique (sérum) et 2° à favoriser, par tous les moyens possibles, l'émonction des produits inflammatoires. Parmi ceux-ci, le drainage du pelvis nous apparaît comme étant de toute première nécessité. Les grandes transfusions de sérum artificiel, les grands lavements évacuants, les diurétiques, les frictions cutanées à l'alcool, sont d'autres moyens destinés à faire fonctionner les appareils éliminateurs et dont l'utilité nous parait considérable. Mais l'examen de leur valeur ne fait pas partie de l'objet de cette étude.

Il nous reste à formuler les indications du drainage de la cavité abdominale, basées sur le principe que nous avons cherché à établir :

1° Après les énucléations laborieuses de tumeurs infectées du pelvis (fibromes suppurés ou gangrenés, abcès aigus de l'ovaire, de la trompe, carcinomes, sarcomes, tumeurs malignes en général) ;

2° Après les laparotomies pour hématocèle rétro-utérine ou hématomes tubaires consécutifs ou non à une grossesse ectopique ;

3° Après les laparotomies où le traumatisme a été long et a nécessité une lésion étendue du péritoine et des viscères voisins de l'organe opéré ;

4° Après le curettage pour rétention de placenta compliqué d'infection grave, non saprophytique.

Tout ouvrage dont il sera envoyé deux exemplaires sera annoncé et analysé s'il y a lieu.

R. PICHEVIN, *Directeur-Gérant.*

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE DAIX FRÈRES.
Maison spéciale pour Journaux et Revues.



SOMMAIRE

QUELQUES DÉTAILS HISTORIQUES

à propos de l'hystérectomie abdominale totale.

Par R. PICHEVIN.

—

A cette heure, l'hystérectomie abdominale totale semble avoir acquis une prépondérance marquée dans la pratique de quelques chirurgiens, aussi bien en France qu'à l'étranger.

Des revendications plus ou moins justifiées se sont produites de différents côtés, au sujet de la priorité de l'exécution de cette opération. Quelques notes prises au cours de différentes lectures nous ont paru être assez intéressantes pour mériter d'être reproduites dans la *Semaine Gynécologique*. Nous n'avons pas la prétention de faire l'historique complet de l'opération, qui a été systématisée et réglée par le Professeur Freund (de Strasbourg). C'est à cet éminent gynécologiste qu'il faut rapporter l'honneur d'avoir introduit dans la pratique chirurgicale l'ablation de l'utérus par la voie sus-pubienne. Il a décrit, en 1878, une méthode rationnelle, bien réglée, d'hystérectomie abdominale totale. D'autres auteurs ont, après lui, perfectionné l'opération. Quelques-uns ont ajouté des détails insignifiants dans la technique et ont proclamé que la méthode qu'ils avaient suivie était nouvelle. Ils ont poussé l'oubli jusqu'à passer sous silence le nom de Freund.

Il suffit de s'en rapporter au texte (1) publié par Freund pour constater que les titres de cet auteur sont indiscutables et que ses revendications, s'il s'en produisait, seraient de nature à confondre tous ceux qui ont méconnu ses droits incontestables.

Cependant Freund a eu des précurseurs et c'est justement pour mettre en relief quelques-uns des initiateurs de l'hystérectomie abdominale totale que nous publions les renseignements que l'on va lire et qui ont un intérêt historique.

En 1814, dans un concours (2), Gutberlet proposa la méthode suivante pour l'extirpation de l'utérus par la voie abdominale.

Une fois la partie de l'abdomen ouverte au niveau de la ligne blanche, un aide doit glisser dans la cavité abdominale sa main bien huilée et écarter ainsi les anses intestinales des organes contenus dans le bassin. Un autre aide introduit dans le vagin un instrument ayant la forme d'une coupe, et il manœuvre de telle sorte que, saisissant la portion vaginale dans la cupule de l'instrument, il tende fortement toutes les parties molles qui unissent l'utérus aux organes voisins. L'opérateur sectionne par la plaie abdominale tous ces tissus en se servant d'un scalpel. Pendant ce temps, l'assistant chargé de maintenir les intestins comprime l'artère iliaque jusqu'à ce que tous les vaisseaux eussent été liés. En 1825, Langenbeck opéra pour la première fois en suivant cette méthode ; l'issue de l'opération fut malheureuse.

Il est bon de rappeler que l'opération avait été faite dans un cas de cancer.

Voici, d'après Boivin et Dugès, l'opération qui a été pratiquée par Delpech (3) :

« Une Femme, âgée de 36 ans, mère de trois enfants, douée d'une constitution délicate, éprouva, à la suite de sa dernière couche, les symptômes d'une phlegmasie subaiguë de l'utérus. La maladie s'aggrava autant par l'incurie que par les médications à contretemps qui furent administrées ; dix-huit mois après, elle fut admise à l'hôpital Saint-Eloi, où nous la trouvâmes dans l'état suivant : amaigrissement considérable ; traits tirés et desséchés ; fièvre consomptive ; langue nette et conservation de l'appétit et des fonctions digestives ; ténesme par intervalle, sans excrétion sanguine, mais gonflement habituel des hémorrhoïdes ; ventre indolent, excepté sur le fond de l'utérus : celui-ci, du volume ordinaire, dix jours après la parturition, dur, bosselé, pesant ; à son col, un ulcère large à surface fongueuse et facile à ensanglanter. Il n'était que trop évident que cette malheureuse femme ne pousserait pas loin sa triste carrière, et nous lui proposâmes l'ablation de l'utérus qu'elle accepta avec empressement. Cette opération fut exécutée de la manière suivante et comme elle l'avait été plusieurs fois sur le cadavre.

La malade était couchée horizontalement sur un lit dur ; les parties sexuelles furent rasées. Placé au côté droit de la malade, nous pratiquâmes, sur le quart inférieur de la ligne blanche, une incision demi-circulaire, formant un lambeau de la peau et du tissu cellulaire dont la dissection mit à nu la ligne blanche dans l'axe de la base du demi-cercle. Nous divisâmes alors la ligne blanche dans l'étendue qui en avait été découverte, ainsi que le péritoine correspondant.

Alors le doigt indicateur de la main droite étant porté dans le vagin, et le même doigt de la main gauche dans la plaie de l'hypogastre, ils furent dirigés, le premier, au point antérieur et droit du fond du vagin; le second, dans le côté droit de la fosse péritonéale inter-utéro-vésicale : les deux doigts se touchaient distinctement avec l'interposition seule du vagin et du péritoine ; alors la gaine d'un pharyngotome, modifié pour cet usage, fut glissée le long du doigt indicateur de la main droite jusques au point où appuyait le bout de ce doigt. Un cylindre de corne, recourbé dans sa longueur, terminé en pavillon de trompette par l'une de ses extrémités, fut glissé par cette extrémité même, par la plaie de l'hypogastre, le long du doigt indicateur de la main gauche, de manière que la trompe du cylindre emboîtât la saillie que la gaine du pharyngotome formait au fond du vagin. En cet état, la lame du pharyngotome fut démasquée par le jeu du pressoir ; elle perfora la double cloison membraneuse et se logea dans la trompe du cylindre recourbé ; passant alors la totalité du pharyngotome, sa gaine pénétra dans la même voie, tandis que la lame était cachée de nouveau.

Une bougie de gomme élastique, glissée le long d'une gouttière ménagée sur l'une des faces de la gaine du pharyngotome, pénétra dans la cavité du cylindre recourbé et ressortit bientôt par l'hypogastre, guidée par le cylindre, le pharyngotome fut retiré d'un côté et le cylindre recourbé de l'autre. La bougie traînait le plein de deux ligatures de fils d'argent dont les chefs restaient pendant par la vulve.

Deux doigts suffirent pour attirer le fond de l'utérus derrière la plaie hypogastrique, de manière à pouvoir lui imprimer un mouvement de rotation dans tous les sens. Il fut aisé, dans un de ces mouvements, de saisir le ligament large gauche et de le dévider par la plaie, jusqu'à ce que l'ovaire et la trompe fussent au grand jour : ces organes étaient sains : et revenant tout auprès de la matrice, nous pûmes couper la trompe et le ligament large dans près de la moitié supérieure de sa hauteur, par le moyen de ciseaux et sans risquer de rien blesser, car la section se faisait hors de l'abdomen. Après un inventaire semblable du côté opposé, le ligament large droit fut coupé de la même manière et de la même quantité : les deux sections n'entraînèrent pas d'hémorragie ; mais nous étions en mesure d'y parer par des ligatures immédiates et isolées.

Alors, nous passâmes par-dessus et derrière le fond et le corps de l'utérus, le plein des deux ligatures métalliques ; et faisant retirer leurs chefs par la vulve, nous dirigions avec nos doigts les deux fils dans le fond des sections des ligaments larges, et derrière jusques au-dessous de la partie du col de la matrice, autour du vagin. Aucun des viscères flottants ne fut menacé d'être pris dans les ligatures ; les chefs de celle-ci furent engagés dans l'orifice d'une canule serre-nœud, et attachés aux clefs d'un sabot à encliquetage.

Cet appareil servit à donner sur le champ aux deux ligatures un degré extrême de constriction, pour qu'elles pussent couper au plus tôt et mortifier immédiatement les parties embrassées par leur anse.

Enfin, soulevant la matrice par la plaie de l'hypogastre, nous la retranchâmes immédiatement au-dessus du nœud ; après quoi l'opercule cutané qui avait été réservé à dessein, fut rajusté et ferma totalement la plaie du ventre.

Immédiatement après l'opération, les traits de la face étaient fort altérés, les membres froids et la faiblessse extrême : cependant il n'y avait pas eu d'hémorragie ; les viscères, qui n'avaient pas été très gênants, n'avaient été nullement atteints. Des doses d'opium

(1) Voir Hegar et Kaltenback. Traité de gynécologie opératoire. Traduction Bar, Paris, 1885, p. 327.

(2) Traité de gynécologie opératoire. Hegar et Kaltenbach. Trad. franç. 1885, p. 324.

(3) Traité pratique des maladies de l'utérus par Boivin et Dugès T. II, p. 35, 1833. L'opération a été proposée par Delpech en 1830.



servirent à calmer les douleurs ; mais nous ne pûmes réussir pendant toute la journée, ni à réchauffer les membres et la face, ni à donner plus d'ampleur au pouls dont les battements étaient précipités et tumultueux.

Le lendemain, la chaleur était rétablie ; il y avait un simulacre de réaction, qui nous aurait donné quelque espérance si la douleur des ligatures n'eut pas continué à être de la même intensité. Sur le soir du troisième jour le délire survint et la malade succomba.

L'examen du cadavre donna lieu de constater que le pharyngotome s'était un peu dévié et avait légèrement entamé la vessie ; mais l'urine n'avait pu s'épancher et distillait sans obstacle dans le vase placé tout exprès pour la recevoir.

Il n'y avait pas la moindre trace de péritonite ; et l'on ne put nullement douter que la douleur extrême causée par la ligature, bien qu'elle eût été extrêmement serrée dès le premier moment, ne fût la véritable cause qui avait déterminé la mort (1).

D'après Kœberlé (2), c'est Heath (de Manchester) qui pratiqua, en 1843, la première hystérectomie abdominale totale pour fibrome. Un autre chirurgien de Manchester, Ch. Clay, fit la même opération l'année suivante, 1844.

Mais, au dire de Storer, la priorité appartiendrait à Ch. Clay, qui aurait enlevé la totalité de l'utérus myomateux au mois d'août 1843, tandis que Heath n'aurait exécuté son opération qu'en novembre de la même année. Cependant l'observation de Clay, traduite dans la brochure de Kœberlé, est assez explicite : il y est dit que l'hystérectomie abdominale de Clay fut exécutée le 16 janvier 1844.

Un document récent (3) confirme cette date pour l'opération de Clay, communiquée seulement à la *Soc. obst. de Londres* en 1863. Il s'agissait d'une énorme tumeur utérine, de 20 livres avec cavités kystiques, contenant en outre 8 livres de liquide. L'opération fut rapide et facile et les suites s'annonçaient comme devant être parfaites, lorsque le 15e jour, la malade succomba à la suite d'une chute de son lit.

Burnham (Amérique du Nord) est le premier chirurgien qui sauva sa malade.

Cet opérateur enleva l'utérus et les deux ovaires d'une Femme de 42 ans. « La tumeur abdominale avait été remarquée depuis 6 ans. On crut à une affection de l'ovaire gauche. On fit une incision à 2 centimètres au-dessus de l'ombilic jusqu'au pubis ; il n'existait guère d'adhérence. Les deux ovaires étaient malades, ainsi que la matrice, qui était le siège d'une tumeur fibreuse pédiculée et de tumeurs fibreuses interstitielles. On jeta une ligature sur l'un et l'autre pédicule des tumeurs ovariques, ainsi que sur la tumeur fibreuse pédiculée.

L'utérus fut séparé jusqu'au-dessous du point où le col s'unit avec le vagin, et l'on appliqua deux ligatures sur les deux artères utérines. Il survint une inflammation violente ; la suppuration s'établit à travers l'incision de la paroi abdominale et par le vagin. Au bout de trente-cinq jours, l'opérée a pu se lever. Son état ultérieur est inconnu.

Kimball (4), de Lowell (Amérique du Nord), a extirpé avec succès une matrice envahie par un corps fibreux chez une Femme que les hémorragies répétées avaient rendue anémique. La matrice formait une tumeur arrondie, mobile, d'une surface unie, d'une consistance dure et élastique, de 22 centimètres de diamètre. Comme l'extirpation en masse aurait exigé une incision de l'appendice xiphoïde au pubis, Kimball se décida à ne découvrir la tumeur que dans une petite étendue et à l'extraire partiellement. Il incisa sur une longueur de 12 centimètres la ligne blanche, puis la tumeur dans la même limite et énucléa non sans difficulté le corps fibreux ainsi mis à découvert. On put alors attirer hors de la plaie abdominale la matrice, que l'on traversa d'avant en arrière, au point de réunion du col avec le corps avec un double fil. On plaça une ligature de chaque côté de la matrice, que l'on excisa ensuite. La plaie abdominale fut réunie par quatre points de suture et par des bandelettes agglutinatives. Huit mois après l'opération, les ligatures n'étaient pas encore tombées, mais Kimball apprit indirectement que la malade avait guéri complètement.

Nous arrivons maintenant à une opération qui a été faite par Péan en 1869 et qui a été souvent citée, à tort, suivant nous, comme un exemple d'hystérectomie abdominale totale :

Opération de Péan, le 22 septembre 1869. Tumeur fibro-cystique de l'utérus. Ablation de la totalité de cet organe. Extirpation des ovaires. Guérison (1).

La laparotomie fit constater l'existence d'une tumeur fibreuse de l'ovaire droit, d'un kyste de la trompe droite ; à gauche, d'un kyste développé aux dépens de l'utérus et dont les parois étaient constituées par du tissu utérin se confondant avec un kyste multiloculaire de l'ovaire de ce côté.

Après avoir écarté largement la plaie faite aux parois de l'abdomen et prié les aides qui me prêtaient leur précieux concours, de relever les intestins, j'attirai à moi l'utérus et les tumeurs situées dans ses annexes. Je constatai alors que le col utérin était lui-même non moins hypertrophié que le corps et qu'il était également nécessaire d'en pratiquer l'ablation. Dans ce but, à l'aide d'une longue et forte aiguille armée d'une anse de fil de fer assez résistant, je traversai, d'avant en arrière, le col et le vagin qui le recouvrait à la hauteur du museau de tanche et aussi près que possible du point où le kyste était accolé. Ce fil ayant traversé complètement la masse morbide à ce niveau, je retirai mon aiguille et je laissai en place le fil double que j'avais introduit. Je coupai ce fil au niveau de l'anse de façon à avoir deux liens séparés, bien qu'adossés. Saisissant alors successivement l'extrémité libre de chacun de ces fils, j'entourai de chaque côté les masses morbides aussi près que possible du plancher de bassin, de façon à les étreindre dans deux liens qui embrassaient d'une part, à gauche, la presque totalité du kyste, une partie du ligament large correspondant et le col utérin ; d'autre part, le reste de l'utérus et la totalité du ligament large droit, en même temps que les tumeurs placées plus haut.

Je constituai ainsi deux sortes de pédicules, que j'eus soin d'étrangler à l'aide de ces fils dont j'engageai les deux extrémités libres dans une sorte de serre-nœud inventé par le docteur Cintrat. Ce ligateur, construit par M. Guéride, possède ce grand avantage, qu'il permet de bien apprécier le degré de constriction et de retirer facilement la totalité de l'instrument en laissant en place les fils noués par torsion. A vrai dire, la totalité de l'utérus hypertrophié et des tumeurs situées dans le ligament large du côté droit était comprise dans la ligature, si bien qu'après la chute de la partie étranglée, nous n'avions rien a craindre de ce côté. Nous savions que des adhérences péritonéales se formeraient promptement et empêcheraient, à la chute des parties sphacélées, le fond du vagin de communiquer avec la cavité péritonéale. Il n'en fut pas de même du côté gauche ; en effet, malgré tout le soin que nous prîmes d'appliquer l'anse métallique aussi près que possible du plancher du bassin, il fallut, sous peine d'étreindre dans cette ligature le rectum adhérent et une partie du vagin abandonner au-dessous de la ligature une portion du kyste, dont la surface couverte de petites loges distinctes dépassait en largeur celle des deux mains. En raison de cette circonstance, la constriction opérée de ce côté fut faite assez solidement pour prévenir toute hémorragie, mais disposée cependant de façon à permettre presque immédiatement l'introduction de tubes propres à faciliter l'écoulement en dehors des liquides fournis ultérieurement par cette arrière-cavité. Ceci fait, toute la masse morbide fut coupée avec le bistouri à quelques centimètres au-dessus des deux liens métalliques, et les surfaces de section furent cautérisées au fer rouge.

J'eus alors une sorte de double moignon, si l'on peut employer ce terme, sur lequel j'exerçai des tractions assez fortes pour le rapprocher de la paroi abdominale, et que je traversai à l'aide de longues aiguilles dans le but de le maintenir immobile au niveau de l'angle inférieur de la plaie extérieure. Ces aiguilles traversaient aussi près que possible des ligatures, tous les tissus étranglés et qui devaient se mortifier. La plaie abdominale fut alors fermée suivant l'usage, excepté dans la partie de son étendue qui correspondait au double moignon.

L'opération avait duré une heure et demie.

Cautérisation au fer rouge. Elimination des portions de tumeur laissées au dehors. Sphacèle. Extraction des parties sphacélées. On ne trouve plus le col.

Un dessin est annexé à cette observation. On constate que la

(1) Toutefois une ligature portée sur les mêmes parties, avant la section, dans les cas de prolapsus, n'a pas généralement produit des effets aussi fâcheux. Des personnes qui ont assisté à l'autopsie, nous ont dit que la ligature métallique avait porté sur le col de l'utérus et non sur le vagin, comme l'avait espéré l'opérateur. (*Mémorial des hôp. du midi*, t. II, p. 610.)

(2) Documents pour servir à l'histoire de l'extirpation des tumeurs fibreuses de la matrice par la méthode suspubienne, par Kœberlé. — Strasbourg, 1864.

(3) Mary D. Jones : Hysterectomy for Fibro-myoma — *Brit. Gyn. Journal*, février 1898.

(4) Constatt's Jahresb., 1856, t. IV, p. 422, d'après *Boston medic. and. surgic. Journ.* 1855, mai.

(1) Péan et Urdy. Hystérotomie, Paris 1873, p. 124-125.



ligature a porté sur le col à la limite de l'insertion vaginale et que la section de l'utérus a été faite plus haut.

Il restait donc une portion du col après l'opération. Cette portion du col a peut-être été détruite par les cautérisations et le sphacèle consécutifs.

L'opération de Péan ressemble à celle de Kœberlé. — Il n'est guère possible de la considérer comme une hystérectomie abdominale totale. Il s'agit, croyons-nous, d'une hystérectomie supra-vaginale.

Freund, ainsi que nous l'avons dit, fut le premier à décrire et à exécuter une méthode bien réglée d'hystérectomie abdominale totale. L'opération était dirigée contre le cancer utérin.

Freund enlevait ainsi, non seulement les cancers, mais les sarcomes utérins, ainsi que le constatent Hart et Barbour (1), dans la deuxième édition de leur ouvrage, en 1883.

Le gynécologiste allemand appliqua sa méthode d'hystérectomie abdominale à la cure des tumeurs fibreuses de la matrice.

C'est Freund qui inspira Bardenheuer, quand celui-ci proposa son procédé d'hystérectomie vagino-abdominale pour tous les cas de fibrome utérin.

L'histoire de l'hystérectomie abdominale totale pour fibrome date de 1881 ; Bardenheuer a eu l'incontestable mérite de déclarer nettement que la suppression de tout pédicule constituait un progrès et qu'il était préférable de toujours enlever l'utérus en totalité. C'est la pratique qu'il suivit avec succès.

Les principaux protagonistes de l'hystérectomie totale furent Péan, en France, et Martin, en Allemagne.

Cette opération fut favorablement accueillie en Amérique où elle compte de nombreux partisans.

L'ablation totale de l'utérus par la voie abdominale gagne du terrain à Paris. La discussion qui a eu lieu récemment à la Société de chirurgie le prouve (2).

Voici les différents temps de l'*opération de Freund* (3) :

Si le vagin est étroit et dur, on dilate au préalable le canal vaginal avec un colpeurynter.

Position donnée à l'opérée. Le bassin et les membres inférieurs sont placés plus haut que la partie supérieure du tronc. L'angle que forme le plan du détroit supérieur avec la colonne vertébrale est, par suite, augmenté et on peut voir plus aisément dans la cavité pelvienne, parce que la masse intestinale descend dans la partie supérieure de l'abdomen.

Cœliotomie. Longue incision abdominale, depuis l'ombilic jusqu'au pubis. Fixation provisoire du péritoine dans l'angle inférieur de la plaie.

Si les anses intestinales restent dans le bassin, on sectionne transversalement les muscles droits, au-dessus de leurs insertions pubiennes. On enveloppe les intestins dans des serviettes chaudes et on les fait sortir du ventre (4).

Extériorisation de l'utérus. Le corps est soulevé soit à l'aide d'un fil qu'on passe en plein tissu, soit avec une pince à polypes munie d'une fenêtre.

Ligature des ligaments larges. On pose trois ligatures sur chaque ligament large.

Pour lier le côté droit, l'utérus est d'abord tiré en haut et à gauche.

Se servant alors d'une aiguille munie d'un long fil double, on traverse le ligament large en commençant par la face postérieure, puis en passant à travers le ligament de l'ovaire ; une extrémité du fil est ramenée par la trompe, tandis que l'autre vient embrasser le ligament rond.

On agit de même pour le côté gauche, mais alors on a soin de diriger l'utérus en haut et à droite.

On serre fortement de chaque côté les extrémités des deux fils, extrémités qui sont fort longues et sont attirées au dehors par un assistant.

Pour placer les deux fils les plus inférieurs, fils qui doivent embrasser les artères utérines, on se sert d'une longue aiguille trocart. Cet instrument est composé d'une aiguille qui peut être poussée en avant, et qui, abandonnée à elle-même, se reporte en arrière, et est alors recouverte de tous côtés par la canule. L'instrument est poussé (la lame cachée) vers le cul-de-sac du vagin, dans la direction du bord antérieur du ligament large (s'il n'y a pas d'œdème, la piqûre doit être située à un travers de doigt environ de la portion vaginale). Lorsque, par les mouvements d'élévation et de translation en avant et en arrière que l'on imprime à l'utérus, on a bien reconnu la situation de cet organe, on perfore la partie antérieure de la cavité péritonéale ; on facilite l'opération en plaçant un bouchon au point qui doit être perforé, bouchon sur lequel vient se fixer le trocart. L'aiguille est alors enfilée, puis retirée. Pour savoir le point exact où il faut ponctionner le bord postérieur du ligament large, on devra, par le palper bi-manuel, reconnaître la situation de l'artère utérine. Enfin, le fil sera noué soigneusement et serré autant que possible. Freund a noté une grande résistance en voulant serrer le nœud ; et, souvent l'artère utérine, malgré le fil qui passait au-dessous d'elle, donnait du sang avec plus ou moins de force après l'excision de l'utérus. »

Formation de deux lambeaux péritonéaux. — On pratique sur la face antérieure de l'utérus une incision courbe située à 2 centimètres au-dessus de la vessie et se prolongeant vers les ligaments larges.

Même incision sur la face postérieure de la matrice, mais située plus bas, à 2 ou 3 centimètres au-dessus du point de réflexion de la séreuse.

En avant, et ensuite en arrière, on dissèque deux lambeaux péritonéaux avec le manche du bistouri et avec le doigt et on pénètre jusqu'aux culs-de-sac vaginaux reconnaissables à leur coloration jaune rougeâtre.

On place des fils sur ces deux lambeaux.

Section de la paroi vaginale. On coupe la paroi vaginale et on agrandit la boutonnière à l'aide des doigts qui pénètrent de haut en bas, de l'abdomen vers le vagin.

On atteint, ainsi l'orifice de la matrice et on attire en haut, vers le bassin, la portion vaginale, que l'on isole graduellement des adhérences qu'elle présente avec le vagin.

En soulevant l'utérus, on facilite manifestement la dissection du tissu cellulaire et on évite plus aisément la section des ligatures inférieures qu'on a devant les yeux. Si les petits vaisseaux sectionnés donnent du sang, ce qui, à ce temps de l'opération, n'est pas sans présenter de grands inconvénients, on doit tordre le col de l'utérus de manière à faire cesser complètement ou presque complètement l'hémorragie.

Inversion des ligaments larges dans le vagin. Les six anses de fil qui embrassent les ligaments larges sont passées de l'abdomen dans le vagin par la boutonnière vaginale. Une traction est exercée sur ces fils, plus sur les supérieurs que sur les inférieurs. Le ligament large se trouve ainsi renversé du côté du vagin.

En outre, les anses de fils posées sur les lambeaux péritonéaux antérieurs et postérieurs servent à suturer le péritoine et à fermer complètement le cœlome.

Freund insiste sur l'inversion des ligaments larges qu'il regarde comme un temps très important de son opération.

Suture de la paroi abdominale. Après avoir fait la toilette du péritoine par la plaie hypogastrique, on ferme l'abdomen.

MODIFICATIONS DE L'OPÉRATION DE FREUND PAR BARDENHEUER.

Incision vaginale et libération du col. L'opérateur commence par pratiquer une incision vaginale autour du col. L'incision est faite au delà des tissus envahis par le néoplasme.

Cœliotomie et hémostase de la partie supérieure des ligaments larges. L'utérus est soulevé au maximum et la moitié supérieure des deux ligaments larges est liée en dehors avec du catgut et en dedans avec de la soie. On voit les vaisseaux.

Formation des lambeaux péritonéaux. Les vaisseaux qui donnent du sang sont liés au fur et à mesure. On arrive dans le vagin qui est déjà ouvert.

Hémostase de la partie inférieure des ligaments larges. Dans ses premières opérations, Bardenheuer faisait l'hémostase en suturant de haut en bas la poche inférieure des ligaments larges avec de grosses aiguilles courbes.

(1) Manuel de Gynécologie. Traduction française 1886, Paris.

(2) Différents travaux d'ensemble ont mis la question au point. Les mémoires de Ramon, de Le Moniet, de Guinebertière, et surtout la thèse de Gentilhomme, ont servi à la rédaction de ce travail. J'abrège et simplifie la description si soignée faite par Gentilhomme des différents procédés opératoires.

(3) Voir Hegar et Kaltenbach. Traité de gynécologie opératoire. Traduction française, Paris 1885 p. 327-331.

(4) Crede a proposé de réséquer une partie de la paroi pelvienne antérieure pour agrandir le champ opératoire et faciliter les manœuvres subséquentes.

Plus tard, il ne fit plus de ligature en masse et posa une ligature sur chaque vaisseau. La traction de l'utérus par en haut permettait de voir les vaisseaux des uretères. On pouvait donc lier les artères, réséquer au besoin du tissu cellulaire et enlever des ganglions.

Section des ligaments larges en dedans des ligatures et en dehors de l'utérus.

Renversement des ligaments larges dans le vagin.

Drainage vaginal.

Fermeture de la plaie abdominale.

Freund a adopté ces différents temps proposés par Bardenheuer, après expérimentation sur le cadavre.

NOTES SUR LA GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

Tirées de l'analyse de cinquante observations personnelles.

Par M. G. BOUILLY.

(*Suite et fin.*)

—

D'une manière générale, le principe de l'intervention chirurgicale dans la grossesse ectopique ne saurait être discuté ; qu'il s'agisse d'un kyste fœtal en voie d'évolution ou d'une grossesse rompue, il faut intervenir. Dans le premier cas, on prévient les accidents de la rupture presque fatale par l'ablation de la tumeur, qu'il faut considérer et traiter comme un néoplasme malin (Martin) : dans le second cas, on débarrasse la trompe et la cavité péritonéale d'un épanchement sanguin, plus ou moins abondant, véritable corps étranger dont la résorption est toujours lente et douteuse et l'infection facile.

Néanmoins, force est bien d'admettre qu'un certain nombre de grossesses ectopiques s'arrêtent d'elles-mêmes et que leurs accidents guérissent spontanément. Quelquefois, le produit de la conception meurt et s'arrête dans son développement dans l'intérieur même de la trompe, sans rupture de celle-ci, ni effusion de sang dans la cavité du péritoine ; d'autres fois, il se produit une rupture, avec épanchement sanguin peu abondant dans l'abdomen ; une crise péritonéale éclate brusquement, qui reproduit en petit et sous une forme atténuée les traits de l'*ictus péritonéal* violent et, au bout de quelques jours, tout rentre dans l'ordre. Le plus souvent, si l'attention n'est pas attirée de ce côté, la nature des accidents est méconnue ; on parle de crises de pelvi-péritonite, de salpingite, de névralgie de l'ovaire, quelquefois de colique néphrétique ; on fait le traitement banal des symptômes et la malade guérit. On peut aller plus loin dans l'appréciation exacte de ces faits. J'ai observé plusieurs de ces malades chez lesquelles le diagnostic m'a semblé pouvoir être posé d'une manière précise et ne m'a pas paru entraîner la nécessité d'une intervention. Les choses se passent toujours à peu près de la même façon ; en pleine santé, soit au voisinage de l'époque des règles, soit après quelques jours de retard, éclate une violente douleur abdominale, avec tendance syncopale, pâleur de la face et altération des traits, nausées et quelquefois un vomissement. La crise ne dure que quelques instants ; l'angoisse et la vive douleur du début sont remplacées par de la courbature générale et de la sensibilité diffuse de l'abdomen avec maximum au niveau d'une des fosses iliaques. Le lendemain, en général, s'installe, par l'utérus, un écoulement sanguin que l'on regarde comme les règles, si celles-ci n'étaient déjà venues. Cet écoulement se prolonge plus que les règles ordinaires, et souvent à la coloration franchement rouge du premier jour succède un écoulement brunâtre, rouillé, couleur chocolat, dont la durée peut être de huit à dix jours et dont l'abondance n'est jamais considérable. Toute cette évolution se fait sans fièvre, sans réaction générale, et cette absence complète de température suffit à faire éliminer toute idée d'infection péri-utérine, de poussée annexielle ou pelvi-péritonéale.

L'examen pratiqué dans les premières heures ou les premiers jours qui suivent l'accident ne permet de constater en général qu'un peu de sensibilité et d'empâtement au-dessus de l'un des culs-de-sac latéraux au niveau des annexes d'un seul côté ; par la palpation combinée, on ne délimite ni tumeur, ni empâtement manifeste. Le cul-de-sac postérieur est sensible, il n'est pas distendu. Quelques jours plus tard, après la chute de tout phénomène d'écoulement, l'examen plus facile laisse reconnaître une trompe augmentée de volume peu mobile et en général indolente, et souvent aussi un peu d'empâtement d'un cul-de-sac postéro-latéral. Quelques semaines plus tard, il n'y a plus rien.

J'ai grande tendance à croire que cette symptomatologie et cette évolution correspondent à l'arrêt d'une grossesse tubaire récente rompue dans la trompe, avec ou sans épanchement sanguin dans le péritoine ; j'ai vu trop de fois cette physionomie d'accidents pour ne pas lui trouver une réelle ressemblance avec la crise violente et caractéristique de la grossesse ectopique incontestable et ne pas lui reconnaître la même cause de production.

Dans ces cas atténués, la nature se charge du traitement ; en quelques jours, tout se calme et en peu de temps tout disparaît et se résorbe. Au cas même où le diagnostic ne laisserait aucune prise à l'incertitude et où la cause de ces accidents serait certainement reconnue — et je crois qu'elle peut l'être — la conduite est l'abstention et cette abstention est justifiée par la bénignité et la fugacité des symptômes et des signes. Les accidents généraux du début ne sont pas assez marqués pour nécessiter une laparotomie d'urgence ; dans les jours suivants, les signes du côté du cul-de-sac postérieur sont trop peu accentués pour réclamer une incision vaginale. La guérison s'obtient spontanément après quelques jours de repos au lit, d'injections chaudes et de surveillance. Si la tuméfaction s'accroît ou si elle devient le siège de phénomènes inflammatoires, il faut la traiter comme une lésion des annexes en voie d'évolution et d'accroissement et l'enlever par la laparotomie.

Ces faits sont rares et sont souvent mal interprétés, leur connaissance est utile et nous permet de conclure que dans un certain nombre de cas il n'y a pas lieu ni besoin d'intervenir, et qu'abandonnées à la nature, les choses peuvent se terminer d'une façon heureuse. On ne saurait en tirer une règle de conduite pour les cas plus compliqués, lesquels, au contraire, réclament une intervention.

Il faut poser comme règle générale que la *grossesse extra-utérine en évolution, ou arrêtée dans son évolution, exige impérieusement une action chirurgicale.*

Les cas sont exceptionnels dans lesquels on est appelé à intervenir pour une grossesse ectopique récente de six semaines, deux mois, et, à plus forte raison, d'une date encore moins reculée. S'il n'y a pas de signes de grossesse, rien ne pousse la Femme à demander avis ; s'il y a absence ou retard des règles avec quelques symptômes rationnels, la Femme se croit normalement enceinte et, en dépit de quelques malaises, elle ne consulte généralement pas à cette époque du début de sa grossesse. Ce n'est qu'à une période plus avancée de la grossesse extra-utérine, à partir environ du troisième mois accompli, que l'on est appelé à examiner les malades ; c'est la période de la tumeur déjà facilement appréciable et des douleurs avec troubles généraux de la nutrition. J'ai observé, pour mon compte, plusieurs cas de ce genre ; le premier a donné lieu à une grossière erreur de diagnostic et est rapporté tout au long dans un autre travail (1) ; il s'agissait d'une grossesse ectopique de quatre mois environ prise pour un phlegmon de la cavité prévésicale ; l'ouverture en fut pratiquée sans les précautions nécessaires et la malade succomba de péritonite septique et d'hémorragie. Le fœtus était vivant et vécut encore quelques minutes après son extraction.

Dans le second cas, je ne vis la malade qu'en consultation ; on pouvait diagnostiquer nettement une grossesse ectopique de trois mois non rompue et ce diagnostic fut confirmé par l'opération pratiquée par un de nos collègues.

Dans le troisième cas, il s'agissait d'une grossesse de cinq mois et demi chez une Femme de la campagne, tout à fait cachectisée et souffrant de douleurs abdominales atroces. Outre les symptômes rationnels, les signes physiques étaient tout à fait caractéristiques ; sous la paroi abdominale amincie, on sentait, presque à fleur de peau les mouvements actifs du fœtus. La laparotomie fut faite dans des conditions générales détestables chez une Femme en état d'inanition et la mort survint dans le marasme au cinquième jour, causée à la fois par un faible degré de septicémie et l'épuisement général du sujet.

Le quatrième cas fut opéré dans mon service par M. Potherat ; la grossesse était arrivée environ au 7e mois et demi ; le fœtus était vivant ; l'état général de la mère était aussi misérable que possible. La laparotomie fut faite d'urgence pour empêcher la malade de succomber à un affaiblissement qui augmentait de jour en jour, et permit de la sauver et d'avoir un enfant vivant (2).

Dans toutes les autres observations, je ne fus appelé à intervenir que soit au moment de la production des accidents, c'est-à-dire au moment de la rupture du sac fœtal, soit plus ou moins longtemps après cette rupture, c'est-à-dire à une période où il ne s'agit plus de conjurer des accidents immédiatement menaçants, mais de remédier à des lésions constituées et dont la persistance peut devenir dangereuse.

Deux fois seulement, j'ai pu observer les malades assez près du moment de leurs accidents, pour pouvoir discuter les indications d'une opération d'urgence : j'ai déjà fait allusion à ces deux cas. L'une des Femmes succomba malheureusement sans intervention à l'hémorragie interne ; chez l'autre je ne crus pas devoir inter-

(1) *Les tumeurs aiguës et chroniques de la cavité prévésicale* (cavité de Retzius), thèse agrégat. 1880, p. 69.

(2) *Bullet. et mém. de la Soc. de Chirurgie*, 15 janvier 1896, p. 30.



venir en tenant compte de la date peu éloignée de la conception qui ne datait que de 7 semaines environ, d'après les calculs les plus probables.

Le premier fait date déjà de 10 ans et remonte à une époque où ni le diagnostic, ni les indications n'avaient acquis la précision qu'ils ont à présent ; dans le second cas, malgré le résultat favorable d'une intervention retardée, il me paraît aujourd'hui qu'il eût été meilleur d'opérer d'emblée, pour ainsi dire d'urgence ; la malade n'aurait pas subi, 10 jours plus tard, une seconde hémorragie qui l'affaiblit considérablement et mit ses jours en danger. Les phénomènes immédiats de la rupture et de la première hémorragie avaient été assez graves et menaçants pour commander une intervention d'urgence, et en particulier la pâleur et la décoloration des tissus sur lesquelles j'ai insisté plus haut étaient portées au plus haut degré et témoignaient d'une abondante hémorragie interne. Mais, dans la pratique, quelle différence entre la théorie et l'application ! S'il est facile, à l'hôpital ou dans une maison de santé bien organisée, de réaliser à l'instant les conditions nécessaires au bon succès d'une laparotomie d'urgence, quelles difficultés ne rencontre-t-on pas dans la clientèle, même dans les maisons où rien ne semble faire défaut ! Car, bien entendu, il ne saurait être question d'imposer à ces malades un transport immédiat dans une maison de santé ; la plus élémentaire prudence s'oppose à tout déplacement d'une malade qui est en cours d'hémorragie ou en menace de récidive hémorragique, en état de choc et de syncope et dont les mouvements peuvent aggraver tous les symptômes. Pour remplir la véritable indication, c'est-à-dire l'hémostase immédiate, ce n'est pas au bout de deux ou trois heures qu'il faudrait intervenir, c'est de suite, sur le champ et sans aucun retard. Et pourtant, même dans les villes les mieux organisées à ce point de vue, ne sont-elles pas indispensables ces deux ou trois heures pour réunir des aides convenables (il en faut toujours bien deux, l'un pour l'anesthésie, l'autre pour l'assistance opératoire), pour faire venir les substances aseptiques nécessaires ou les préparer, etc. ? Aussi, dans la plupart des cas, au moment où l'on opère ainsi d'urgence, ce danger immédiat est conjuré, à moins qu'il ne s'agisse de ces énormes hémorragies cataclysmiques contre lesquelles on arrive toujours trop tard.

L'opération ne se fait plus en général contre une hémorragie en train de se produire ; elle a surtout pour résultat de prévenir une nouvelle crise hémorragique, qui ajoutée à la première, est capable de tuer la malade par anémie aiguë. Actuellement, les injections sous-cutanées ou, au besoin, intra-veineuses de sérum peuvent permettre de gagner un peu de temps et de faire une opération quelques heures plus tard dans des conditions meilleures de préparation et d'organisation.

Est-ce à dire qu'il faille reculer devant l'opération immédiate, d'urgence, faite à l'instant même, si l'indication la commande d'une façon absolue ? Non, certes, et je serais le premier en pareil cas à ouvrir de suite l'abdomen, à sortir une trompe rompue et à poser sur son pédicule une pince ou une ligature ; mais je ne crains pas de dire que l'opération ainsi pratiquée laissera probablement toujours fort à désirer au point de vue de l'antisepsie et de l'asepsie, et que, du reste, une hémorragie qui commande une pareille célérité doit laisser peu de place à l'espoir. Du reste, il faut s'entendre sur ce qu'on est convenu d'appeler en pareil cas l'opération *immédiate* ; c'est l'opération pratiquée dans les quelques heures qui suivent la rupture ou même le lendemain de cette rupture. Pour des raisons faciles à comprendre et dont la première seule peut suffire, à savoir que l'hémorragie qui suit cette rupture se fait toujours en dehors du chirurgien, l'intervention ne peut avoir lieu au moment même de l'accident. Sauf quelques cas exceptionnels où la première hémorragie est capable de tuer la malade et où l'intervention s'impose sans discussion, la plupart des cas peuvent attendre la journée ou le lendemain, au grand bénéfice des malades qui sont plus éloignées du choc péritonéal et des accidents de l'anémie suraiguë. Le Dentu (1) a déjà insisté sur ce point, et Cestan, dans son excellente thèse, a sagement exposé et discuté tous les éléments de cette question (2). Aussi, à mon avis, d'après mon expérience, je formulerais en pareil cas la conduite à tenir de la façon suivante : en présence d'une hémorragie péritonéale consécutive à la rupture de la grossesse ectopique, d'abondance assez considérable pour donner lieu d'emblée à des phénomènes graves et inquiétants, pour se caractériser par une décoloration accentuée des muqueuses et de la peau, après l'emploi des moyens immédiats : injections d'éther, de caféine, de sérum ; si la situation, s'aggrave c'est-à-dire si la tendance syncopale s'accentue, si le pouls faiblit de plus en plus, si la pâleur et l'hypothermie augmentent, coûte que coûte, il faut intervenir ; la préparation antiseptique sera mauvaise, l'assistance opératoire sera défectueuse et insuffisante, peu importe, il faut arrêter l'hémorragie. C'est ici que peut se révéler la vraie ingéniosité du chirurgien digne de ce nom, sachant se suffire de peu et, dans des conditions mauvaises et difficiles, sortir victorieusement d'une situation où, faute de décision et de savoir faire, la partie est perdue.

Ce cas est l'exception. En général, la première hémostase s'est faite spontanément : la situation s'améliore plutôt qu'elle ne s'aggrave dans les moments qui suivent et l'on peut gagner les quelques heures nécessaires à la bonne préparation de l'opération ; je l'ai déjà dit plus haut, le but à viser n'est plus l'hémorragie qui se fait, mais celle qui ne manquera guère de se reproduire, si les choses sont abandonnées à elles-mêmes, et cette deuxième ou troisième hémorragie peut être mortelle.

La seule conduite à tenir est la *salpingectomie*, l'ablation de la trompe rompue, par la laparotomie ; toute autre opération ne saurait se justifier. La doctrine est trop bien assise pour que j'aie besoin d'insister ; je ne ferai que deux remarques ayant trait à la technique opératoire. L'une a trait à l'emploi du plan incliné ; l'autre à une disposition anatomique dont la présence peut donner lieu à de sérieuses difficultés au cours de l'intervention.

Malgré l'extrême facilité que donne le plan incliné pour la recherche de la trompe rompue, sa pédiculisation et sa ligature, la situation renversée ne doit pas être employée en pareil cas. Dans cette position, le sang fluide répandu dans la cavité péritonéale tombe sur le diaphragme et peut gêner la respiration ; en outre, il ne peut être évacué dans les premiers temps de l'opération et il ne se présente en abondance à la plaie abdominale qu'au moment où la malade est rabattue dans la position horizontale ; il faut alors recommencer la toilette du péritoine et du bassin. Toute l'opération doit se faire d'emblée dans cette position horizontale.

Le plan incliné reprend ses droits et ses avantages quand il s'agit d'une intervention faite un certain temps après la rupture, quand le sang est ramassé en caillots et circonscrit par des adhérences de nouvelle formation.

La disposition anatomique, dangereuse au point de vue opératoire, à laquelle j'ai fait allusion, est la suivante : c'est l'implantation placentaire de la grossesse ectopique soit à la fois au niveau du pavillon de la trompe et sur les parties voisines, intestin, paroi pelvienne, soit en totalité, en dehors du pavillon, sur les parois de l'intestin ou du bassin. La surface saignante n'est plus comprise dans la cavité de la trompe rompue ; elle est en dehors de celle-ci ; elle est large, étalée, insaisissable. On aura beau avoir enlevé et lié la trompe, posé une pince sur le ligament infundibulo-pelvien, il restera une surface tomenteuse, saignante, extra-tubaire sur laquelle on n'a d'action que par la compression directe. Cette disposition est heureusement exceptionnelle ; on ne l'observe guère que dans la grossesse extra-utérine avancée ayant dépassé le troisième mois ou dans les cas où l'opération est faite en dehors de la rupture. Avec cette disposition, en effet, la rupture a moins de tendance à se produire, la distension se faisant au dehors de la trompe et dans des parties extensibles.

J'ai trouvé cette forme d'implantation dans une grossesse de cinq mois et demi non rompue et je me suis trouvé en face de difficultés considérables pour l'hémostase ; celle-ci n'a pu être faite que par une compression directe longtemps prolongée et par un tamponnement rigoureux.

En dehors des accidents aigus de la grossesse extra-utérine rompue qui commandent une intervention rapide, c'est-à-dire dans les premières heures ou les premiers jours, le moment de l'intervention n'a rien de fixe ; celle-ci le plus souvent se trouve imposée, soit par les douleurs qui compliquent la présence de l'épanchement sanguin intra-péritonéal soit par les phénomènes fébriles qui témoignent d'un certain degré d'infection. En général, on n'a pas la liberté du choix du moment ; nous sommes appelés auprès d'une malade atteinte d'accidents plus ou moins anciens et la première chose à faire consiste à établir un diagnostic rétrospectif ; le plus souvent, la grossesse ectopique et sa rupture ont été méconnues et il faut reprendre et refaire toute l'histoire.

Dans mes observations personnelles, je relève comme dates extrêmes de l'opération les plus rapprochées et les plus éloignées du début des accidents quinze jours et cinq mois, avec un maximum de fréquence entre un et trois mois. Les indications sont fournies par la présence d'une tuméfaction rétro-utérine ou latéro-utérine à la fois appréciable par le toucher et le palper bi-manuel, les douleurs et souvent les phénomènes plus ou moins graves d'infection.

Dans ces cas d'intervention retardée où il ne s'agit plus que d'évacuer des caillots, une certaine quantité de sang liquide et si on le croit nécessaire, la poche tubaire qui contenait la grossesse ectopique, le choix peut se faire entre l'ablation par la laparotomie ou par la simple incision vaginale. Les indications de ces deux opérations ont été parfaitement discutées dans l'excellente thèse du Dr Thévenard ; je n'y reviendrai pas à nouveau. Elles peuvent se résumer en quelques mots : à l'incision vaginale appartiennent sans contestation les collections sanguines amassées dans le cul-de-sac postérieur ou dans un des culs-de-sac latéraux, se présentant avec les caractères bien connus de l'hématocèle rétro-utérine ou latéro-utérine.

Si l'incision s'adresse de préférence aux collections qui disten-

(1) Le Dentu, *Gaz. médic. de Paris*, 7 mars 1891.

(2) Cestan, *Des hémorragies intra-péritonéales*, etc. Thèse de Paris, 1894.



dent et font saillir le Douglas et remplissent toute l'étendue transversale du cul-de-sac postérieur, elle ne convient pas moins bien aux collections latérales qui font saillie à une des limites du cul-de-sac postérieur et sur l'un des côtés de l'utérus.

La laparotomie s'adresse aux tuméfactions haut situées vers le fond ou sur les parties latérales de l'utérus, peu accessibles ou non accessibles par le toucher vaginal, bien enkystées, de volume en général assez peu considérable ; ces tuméfactions représentent le plus souvent un hémato-salpinx avec quelques caillots répandus dans le voisinage, au niveau de la trompe ; elle revendique également les grosses collections sanguines remontant jusqu'à l'ombilic et au delà, dans lesquelles on peut supposer la présence d'un fœtus déjà volumineux, les grossesses extra-utérines anciennes dans lesquelles le produit de la conception est mort depuis longtemps et plus ou moins transformé ; les cas encore assez fréquents dans lesquels le cul-de-sac vaginal postérieur est comblé par des adhérences anciennes qui empêchent en ce point l'accumulation et la perception de la collection sanguine. Enfin, on devra traiter par la laparotomie tous les cas où il y a incertitude sur la nature exacte de la lésion.

Ces diverses conditions semblent se réaliser assez souvent, puisque sur 47 cas de grossesse extra-utérine traités chirurgicalement, j'ai fait la laparotomie 28 fois contre 19 incisions vaginales.

Ce serait sortir du cadre de cet article que de décrire la technique opératoire de la salpingectomie, ses difficultés, ses incidents. Mais il me semble utile d'insister sur les points peu connus qu'elle m'a permis de constater. 1° Elle m'a montré que dans un certain nombre de cas, après un ictus péritonéal grave, de physionomie inquiétante, et une apparence d'hémorragie interne considérable, la quantité du sang répandu dans l'abdomen pouvait être absolument insignifiante, réduite à quelques grammes collectés et coagulés au voisinage du pavillon de la trompe. J'en ai conclu qu'il ne fallait pas toujours tirer de cette symptomatologie immédiate un indice certain de l'abondance de l'hémorragie et qu'il y avait lieu de chercher à faire la part du péritonisme et de l'hémorragie interne dans la production des symptômes.

2° Il ne faudrait pas croire, comme on l'a répété, que même après un temps assez éloigné du moment de la rupture, le sang épanché, le fœtus, etc., sont enfermés dans une poche à parois continues, comme celles d'un kyste, qu'il est plus ou moins difficile d'enlever et que l'on est souvent obligé de marsupialiser. Il n'y a pas de poche isolable ni enlevable ; le sang se trouve inégalement répandu dans le bassin sous forme de sang liquide et surtout de caillots circonscrits par des anses intestinales agglutinées entre elles et avec la paroi abdominale, par l'épiploon épaissi, enflammé et souvent infiltré de sang dans ses mailles. Une fois la paroi abdominale ouverte, on tombe sur la collection sanguine plus ou moins bien enkystée de cette façon et la manœuvre ne consiste pas à isoler ni à disséquer une poche contenant le tout, mais à enlever les caillots et le sang liquide, à retrouver au milieu d'eux la trompe rompue dont les parois sont grisâtres et infiltrées de sang et qu'il m'a paru toujours possible d'isoler, de pédiculiser et d'enlever, et à sortir, chemin faisant, le fœtus ou l'embryon libre et flottant au milieu de la masse sanguine. Il s'agit de réaliser du mieux qu'on peut la toilette d'un péritoine dans lequel s'est faite et a séjourné une collection sanguine plus ou moins volumineuse. Sur 28 cas de laparotomie, j'ai trouvé 9 fois un fœtus ou un embryon de dimensions variables, plongé au milieu des caillots sanguins et ramené à l'extérieur dans les manœuvres d'évacuation.

3° La laparotomie peut démontrer également, à côté des lésions relativement récentes de l'hémorragie, des lésions anciennes des annexes et en particulier la présence d'une ovarite kystique de date reculée ou d'un hémato ou hydro-salpinx du côté opposé.

Je considère comme une chose utile, dans cette laparotomie pour évacuation du contenu d'une grossesse ectopique rompue, de se servir de catgut pour la ligature de la trompe, et de drainer la cavité occupée par les caillots avec un gros tube de caoutchouc sortant par la partie inférieure de l'incision abdominale. Ces foyers s'infectent avec la plus grande facilité, et sont même souvent infectés au moment de l'intervention, et il me paraît indispensable d'avoir une soupape de sûreté qui permette aux liquides exsudés pendant les premières heures post-opératoires de filtrer à l'extérieur et de ne pas être retenus. Ce drainage est retiré au bout de 48 heures, définitivement supprimé si les sécrétions sont insignifiantes, remplacé par une très petite mèche de gaze iodoformée insinuée à l'entrée du trajet, si la pression fait sourdre encore une certaine quantité de liquide. Tout est supprimé au quatrième jour et la cicatrisation de la ligne de réunion n'en est ni retardée ni modifiée.

Il ne saurait non plus être question de s'attarder aux détails de l'incision vaginale appliquée à l'évacuation de l'hématocèle rétro ou latéro-utérine ; je n'en signalerai que les points qui me paraissent les plus importants.

Dans le cas de volumineuse collection faisant saillie dans le Douglas et remplissant tout le cul-de-sac postérieur, l'incision doit être franchement transversale et intéresser presque tout le cul-de-sac postérieur, excepté tout à fait ses limites externes, de manière à respecter les artères vaginales. Si l'on a soin en même temps de faire porter l'incision sur la muqueuse qui recouvre le col et non plus en arrière, il n'y a pas crainte d'hémorragie, ni de suintement sanguin par la tranche vaginale. Cette précaution, du reste, doit s'appliquer à toutes les incisions faites pour l'ouverture du cul-de-sac postérieur. La muqueuse est décollée et disséquée et de suite le péritoine se voit à nu avec une teinte bleutée ou noirâtre donnée par le sang et les caillots. Un coup de doigt ou de ciseaux en fait l'ouverture et l'évacuation commence. Parfois, quand il s'agit d'une collection latéro-utérine, après l'incision du péritoine, rien ne s'écoule ; le doigt introduit dans la brèche reconnaît au-dessus une paroi molle qui n'est autre qu'une portion de la trompe distendue par des caillots ou la trompe tout entière dans l'intérieur de laquelle s'est faite l'hémorragie. Une pression légère avec l'index suffit à rompre cette paroi dont l'ouverture est largement agrandie par déchirure ou avec une pince à mors ouverts et l'évacuation commence.

Tout le succès de la guérison rapide et apyrétique après cette incision vaginale réside dans le soin mis, au moment de l'opération, à assurer l'évacuation complète de la cavité et à la débarrasser aussi complètement que possible des caillots ; de ceux-ci, quelques-uns sont élevés et adhérents et ne se détachent pas seuls. Le doigt introduit haut et profondément à plusieurs reprises doit gratter les parois ; j'introduis même très volontiers et avec précaution une grande curette mousse avec laquelle je fais prudemment ce grattage. L'évacuation s'achève par une irrigation prolongée à grande eau, faite avec de l'eau bouillie, dont les remous entraînent quantité de caillots et de détritus cruoriques. L'évacuation ne doit être jugée complète que lorsque le doigt ne sent plus rien de suspect et que l'eau ressort claire ou très légèrement teintée en rose. Deux fois, au cours de ces manœuvres, j'ai pu saisir la trompe déchirée et flottante, l'amener à travers la brèche vaginale et l'enlever après application d'une pince près de la corne utérine. Mais je ne fais pas cette recherche de parti pris, ayant constaté maintes fois que l'abandon de cette trompe bien évacuée ne présentait jamais le moindre inconvénient.

L'autre élément de succès est le *drainage efficace* de la cavité ; ce drainage est admirablement réalisé par le gros tube en T en caoutchouc, sur les branches duquel on ouvre le plus de trous possible. Si l'évacuation immédiate est complète, point n'est besoin, dans les jours suivants, de faire d'injections dans la cavité ; un simple tamponnement et une injection dans le vagin, répétés tous les deux à trois jours, réalisent tous les soins consécutifs.

En général, le tube peut être retiré du douzième ou quinzième jour, et la guérison définitive est obtenue vers le vingtième ou vingt-troisième jour.

S'il se fait de la température, s'il se produit un écoulement fétide par le tube, la cause en est toujours la même ; c'est la rétention et la décomposition d'un ou de plusieurs caillots. Si les accidents ne cèdent pas après quelques injections antiseptiques faites par le tube en T, il faut retirer celui-ci et faire directement l'injection dans la cavité : quelquefois ce tube fait bouchon et empêche la sortie d'un caillot putréfié, dont l'ablation amène la guérison rapide. Avec une bonne évacuation d'emblée, ces légers accidents sont tout à fait exceptionnels. Tous ces détails ont été longuement traités dans la thèse de Thévenard.

La mortalité après la laparotomie est assez élevée dans ma statistique personnelle : sur 28 cas, j'ai *quatre* morts.

L'une des opérées était cette Femme cachectique, arrivée au cinquième mois d'une grossesse extra-utérine non rompue : l'ablation du kyste fœtal donna lieu à une hémorragie assez abondante et la malade mourut le cinquième jour, dans un véritable état de marasme, sans complication septique appréciable. Le fait se passait avant l'ère des injections de sérum artificiel ; je crois maintenant que nous aurions pu sauver cette femme par l'emploi de ce moyen.

Les trois autres ont trait à des grossesses ectopiques rompues ; l'une des malades était en pleine infection au moment de l'opération ; la rupture datait d'environ six semaines ; la fièvre était intense, le ventre était partout sensible, l'utérus était le siège d'un écoulement fétide, les membres inférieurs étaient œdématiés ; l'aspect général de la malade était celui d'une Femme profondément infectée. La laparotomie fut facile ; elle me permit d'enlever une trompe contenant un liquide muco-purulent fétide, un petit fœtus d'environ six semaines à deux mois, et quelques caillots : la mort survint le lendemain soir.

Les deux autres décès me paraissent devoir être imputés à la septicémie péritonéale opératoire ; il s'agissait, dans un cas, d'une collection de caillots anciens inclus dans des fausses membranes péritonéales, épaisses et résistantes, et prise pour une lésion annexielle ; l'autre malade, opérée trois mois après le début des accidents, présentait, à droite, une poche volumineuse, très adhérente, rompue au cours des manœuvres, contenant du sang pur et quelques caillots, ne pouvant être enlevée en totalité; à gauche, un hémato-salpinx, de moindre volume, enlevé facilement.

Les 19 cas traités par l'incision du cul-de-sac vaginal postérieur ne donnent aucun décès.

On ne serait nullement autorisé, par la comparaison de ces résultats, à juger de la supériorité de l'incision vaginale sur la laparotomie ; les faits ne se prêtent pas à la comparaison, pour la bonne et unique raison que les malades, que j'ai traitées par la laparotomie, n'auraient pu être opérées par la voie vaginale. Les deux méthodes ont leurs indications spéciales qui ne sauraient être transportées de l'une à l'autre ; la seule conclusion qu'on puisse tirer de ces quelques faits, c'est qu'à l'incision vaginale appartiennent les cas relativement simples et faciles, tandis qu'à la laparotomie restent réservés les cas plus graves, plus compliqués, d'un abord et d'un diagnostic plus difficile et plus incertain. (*La Gynécologie*, avril 1898.)

REVUE FRANÇAISE

Franklin H. Martin. — DE LA LIGATURE VAGINALE DES LIGAMENTS LARGES CONTRE LES TUMEURS FIBREUSES DE L'UTÉRUS. (*Annales de gynécologie*, avril 1898.)

J'ai imaginé et exécuté, comme méthode opératoire nouvelle et originale, la ligature du contenu de la base des ligaments larges pour la cure des fibromes utérins le 15 novembre 1892, méthode qui fut publiée et décrite dans le n° d'avril de l'*American Journ. of Obstetrics*.

Dans le numéro de janvier 1894 de ce journal, je relatai 6 cas traités par ce procédé.

L'opération, telle que je l'ai décrite au début, consiste en ceci : ligature d'une portion plus ou moins grande des ligaments larges, vaisseaux et nerfs compris, l'étendue de la ligature de la base du ligament, comprenant les artères utérines et des ramifications de ces vaisseaux des deux côtés, sans ouverture du péritoine, jusqu'à la ligature totale du ligament large d'un côté comprenant à la fois les artères utérine et utéro-ovarienne et la ligature partielle du ligament large opposé, sans ouverture du péritoine, quand cela est possible, et avec cette ouverture lorsque celle-ci est nécessaire.

Les résultats que l'on poursuit avec cette méthode opératoire sont : *a*) l'arrêt des hémorragies utérines en fermant les vaisseaux sanguins afférents ; *b*) l'atrophie des fibromes utérins : 1° en les privant des éléments nutritifs qui leur arrivent des vaisseaux ; 2° en modifiant la nutrition de l'utérus par l'interruption de l'influx nerveux.

Immédiatement après la publication de mon premier article sur cette opération, deux réclamations de priorité se produisirent ; leurs auteurs, le Dr Walter B. Dorsett (de Saint-Louis), et le professeur S. Gottschalk (de Berlin). Le Dr Dorsett, dans une lettre à l'*Am. J. of Obst.*, prétendit qu'il avait suggéré un procédé semblable à mon opération dans un article qu'il avait publié dans le *Courrier of Medicine*, 1890, Saint-Louis, article ayant pour titre : *A case of Atrophy of the Female Genitalia following Pregnancy and Remarks*. Dans cet article, il fit l'observation suivante :

« Je pense que dans le traitement des fibromes de l'utérus... la ligature des artères utérines ne constituerait pas un procédé irrationnel. Bien au contraire, plus j'ai réfléchi et plus j'ai pensé que ce serait le mode de traitement le plus sûr. » Mais le Dr Dorsett, tandis qu'il émettait la théorie, ne l'avait pas alors appliquée sur la Femme vivante.

Le professeur Gottschalk fonda sa réclamation de priorité sur un article lu par lui au Congrès de Bruxelles, 16 septembre 1892, sous le titre suivant : « De l'histogénèse et de l'étiologie des myômes utérins ». Dans les derniers paragraphes de cet article il conseilla la ligature des artères utérines et établit qu'il avait pratiqué l'opération deux fois. Voici ce qu'il dit : « La ligature des artères utérines paraît être la thérapeutique appropriée aux premières périodes de développement des myômes. Elle ne présente pas de difficultés dans sa technique ; on l'exécute facilement en quelques minutes.... je l'ai déjà pratiquée, et avec les meilleurs résultats, dans deux cas où il m'avait été possible de diagnostiquer, de bonne heure, la formation de myômes multiples. »

Ainsi donc ces deux auteurs avaient conseillé la ligature des artères utérines pour la cure des myômes de l'utérus, l'un d'eux au moins (Gottschalk) l'avait pratiquée deux fois avant que je n'eusse décrit ma méthode opératoire. Cela seul suffirait à trancher la question de priorité en leur faveur si l'opération qu'ils conseillaient était identique à la mienne. Or, leur opération n'est identique à la mienne ni dans son principe, ni dans sa technique, ni dans sa description ; aussi, leur réclamation de priorité en ce qui concerne ma méthode opératoire ne saurait être justifiée.

L'opération conseillée par ces deux auteurs n'implique que la ligature des artères utérines par le vagin, tandis que : 1° je lie, dans tous les cas, toute la base du ligament large, dans le but *a*) de fermer, non seulement le tronc principal de l'artère utérine, mais toutes les branches collatérales, *b*) de supprimer la fonction des nerfs aussi bien que celle des artères destinées à la nutrition, *c*) de diminuer les réflexes nerveux ; 2° je saisis, dans les cas désespérés, non seulement la base des ligaments larges avec l'artère utérine et ses branches dans mes ligatures, mais, quand la chose est possible, je lie assez haut d'un côté pour saisir l'artère utéro-ovarique ; 3° je m'applique à obtenir ce résultat sans ouverture du péritoine ; mais, quand cela est nécessaire, j'ouvre la séreuse.

TECHNIQUE DE L'OPÉRATION.

La malade est préparée pour l'opération de la ligature des ligaments larges comme pour l'hystérectomie vaginale. L'anesthésie s'est faite avec l'éther. La Femme est placée sur la table d'opération dans la position de la taille, exagérée, le siège étant au bord de la table, un assistant soulevant de chaque côté les membres inférieurs et tenant les écarteurs vaginaux. Un écarteur vaginal large, court, placé en dessus, un autre en dessous, mettent bien le col en évidence ; un fil de soie fort passé à travers le col sert à maintenir l'utérus. Le canal du col est dilaté, la cavité utérine curettée avec une curette mousse et complètement lavée avec une solution bichlorurée à 1 p. 1000, puis tamponnée, lâchement, avec de la gaze iodoformée. Ainsi, la cavité utérine est nettoyée et il n'est pas possible que les plaies vaginales soient ultérieurement infectées par des sécrétions utérines impures. Cela fait, l'utérus est attiré en bas pour mettre les ligaments larges en état de tension, puis porté à droite, ce qui expose le cul-de-sac gauche. On saisit dans un tenaculum la muqueuse vaginale au niveau du pli utéro-vaginal du côté gauche et on l'incise avec des ciseaux courbes.

Une des lames est conduite au-dessous de la muqueuse et l'on pratique une incision curviligne de 1 centimètre et demi à 2 centim. au-dessus du ligament large et perpendiculairement à lui. Le chirurgien sépare alors, en se servant de ses deux index, le tissu vaginal du ligament large et sépare aussi, soigneusement, le ligament large de la vessie en avant et sur les côtés sur une étendue d'environ 2 pouces. Cette libération de la vessie a pour but d'écarter tout danger de léser cet organe, de même que son isolement sur les côtés met l'uretère en sûreté. On sépare ensuite, soigneusement, le ligament large en arrière sur la même hauteur qu'en avant, en évitant, quand on le peut, de pénétrer dans le péritoine. On peut alors, en passant un doigt en arrière du ligament large et l'autre en avant, saisir toute la base du ligament, représentant les deux tiers de sa masse, à une distance d'un pouce à un pouce et demi de l'utérus. Les doigts étant ainsi placés, il est possible de sentir les pulsations du tronc principal de l'artère utérine et, éventuellement, de plusieurs branches collatérales. On passe alors l'aiguille courbe armée soit de soie n° 10, soit de catgut, soit de tendon de kanguroo, et, sur l'index gauche comme guide, on la pousse à travers le ligament large gauche. On retire l'aiguille en ramenant l'une des extrémités du fil, et l'aiguille retirée, on lie complètement la base du ligament large à une distance d'un pouce ou plus de l'utérus. Le fil est coupé court et abandonné dans les tissus. Répétition des mêmes actes du côté opposé. Stérilisation soigneuse du vagin avec une solution de bichlorure et réunion soigneuse des incisions vaginales avec du catgut fin et antiseptique, de façon à perdre complètement *in situ* les ligatures appliquées sur les ligaments larges. Le fil passé à travers le col pour servir de moyen de contention est enlevé, et l'extrémité du morceau de gaze placée dans l'utérus cousue à un autre morceau de gaze dont on remplit le vagin sans la tasser, ce qui assure le drainage vaginal.

Le *traitement consécutif* de ces cas est très simple. La gaze, vaginale et utérine, est enlevée le deuxième ou le troisième jour, puis, deux fois par jour, on donne une injection vaginale avec une solution de bichlorure suivie d'une injection simple.

CHOIX DES CAS.

Les fibromes interstitiels de l'utérus, de volume modéré, représentent les cas où l'opération procurera les meilleurs résultats. En particulier les fibromes sous-péritonéaux, ayant leur origine dans le fond de l'utérus, ne peuvent guère être heureusement influencés, parce qu'on prive la portion inférieure de la matrice de ses éléments de nutrition. De même, on ne saurait espérer un résultat important pour les cas de fibromes pédiculés sous-muqueux. Par contre, quand il s'agit de fibromes vraiment interstitiels, dont la nutrition est liée à celle de tout l'utérus, cas où la tumeur est l'utérus lui-même, et qui représentent 75 p. 100 de tous les fibromes utérins, dans ces cas, quand il est possible de lier la base des ligaments larges par le vagin, on est en droit d'espérer de cette opération un soulagement prompt et net des accidents et une réduction rapide du néoplasme. Les cas dans lesquels on peut s'attendre aux résultats les plus satisfaisants sont ceux où l'on a affaire à des fibromes au début ou petits, dans les dernières périodes de la vie menstruelle. Dans ces cas, l'utérus est suffisamment petit pour ne pas s'élever au-dessus du détroit supérieur du bassin, pour qu'on

puisse aisément atteindre les ligaments larges par le vagin. Ces fibromes, d'autre part, étant donné l'âge des malades, sont destinés à devenir silencieux dès que la ménopause est établie. Dans ces conditions, une opération radicale n'est guère de mise, d'abord parce qu'elle n'est pas formellement réclamée, puis à cause des probabilités d'une amélioration après la ménopause. D'autre part, les symptômes sont tels (le plus souvent hémorragies graves) qu'on désirerait vivement les voir soulagés si l'on pouvait raisonnablement obtenir ce soulagement sans soumettre la malade à une intervention radicale et dangereuse. Voilà les cas les plus justiciables de cette méthode opératoire.

Il est une autre classe de cas dans lesquels cette opération a aussi donné des résultats satisfaisants, et où elle sera probablement acceptée avec faveur à côté des interventions les plus radicales. Ce sont les cas d'hémorragies profuses et continues, où la perte est telle, l'épuisement des malades si profond qu'il est impossible d'entreprendre une opération radicale aussi longtemps qu'un acte thérapeutique moins grave n'a pas mis fin à la perte de sang et permis le relèvement des forces. Dans une observation, l'hémorragie avait été extrêmement profuse et la Femme fut si profondément anémiée qu'elle dut rester alitée plusieurs mois. Quelque temps avant de m'être décidé à la soumettre à mon opération, j'avais essayé d'enlever les annexes et même d'enlever, au cours de la laparotomie, l'utérus. Mais, la cœliotomie faite, l'importance des adhérences et l'affaiblissement de la Femme ne permirent de pratiquer aucune de ces opérations. Quant à la ligature des ligaments larges, elle fut pénible. La tumeur était volumineuse et par suite l'utérus très élevé. Aussi, ce ne fut qu'avec beaucoup de peine, et grâce à l'aide d'assistants très expérimentés, que je réussis finalement à lier complètement la base des ligaments larges. Les deux ligaments contenaient plusieurs artères, dont plusieurs avaient le calibre d'une radiale normale. Le tout fut lié en masse. L'hémorragie s'arrêta dès que fut serrée la dernière ligature, et, depuis, elle n'a plus reparu. L'opération date aujourd'hui de plus de trois ans. L'utérus s'est réduit au point qu'il dépasse à peine le volume normal. La Femme (je l'ai examinée il y a quelques mois à peine) est parfaitement bien. Elle a, chaque mois, un écoulement menstruel faible, et est débarrassée de toutes souffrances.

Dans un autre cas, il s'agissait d'un fibrome interstitiel, typique, mesurant environ 3 pouces sur 5, avec, comme complication essentielle, une hémorragie grave. La femme était trop faible, trop épuisée pour une opération radicale. Je pratiquai sur elle mon opération et le résultat fut merveilleux. Elle récupéra si bien ses forces en trois mois, qu'il eût été possible de faire l'opération la plus radicale sans danger.

Le Dr Humiston (de Cleveland) m'a communiqué un cas pour lequel il fit, comme dernière ressource, mon opération sur une malade quasi-moribonde d'hémorragie. La malade était si faible qu'il ne fit la ligature que d'un côté. Or, l'hémorragie s'arrêta immédiatement et la Femme se rétablit. Il en résulte que cette méthode opératoire peut être appliquée comme thérapeutique rationnelle, provisoire au moins, dans les cas désespérés de toute nature où le symptôme dominant est la perte de sang.

REVUE ANGLAISE

S. Sloan. — CANCER PRIMITIF DU CORPS DE L'UTÉRUS. (Soc. obst. et gynéc. de Glasgow, 22 décembre 1897.— *Brit. Med. J.*, 19 février 1898.)

Femme de 57 ans : 4 enfants, réglée jusqu'à 53 ans. Hémorragie depuis 9 mois, avec leucorrée croissante depuis 2 mois, mais non fétide, col normal et mou. Utérus 3 p. 1/2. Curettage devant être suivi, au besoin, de l'hystérectomie. Dilatation faite avec une facilité suspecte : on ramène une quantité considérable de débris dont l'examen microscopique révèle la nature cancéreuse (adénome malin). Hystérectomie vaginale 3 semaines après le curettage. Guérison rapide : tout écoulement cesse après la chute des ligatures de soie au 16e jour. Cinq semaines après l'opération, la cicatrisation vaginale est parfaite et à peine visible.

Lockwood. — KYSTE RÉTRO-PÉRITONÉAL D'ORIGINE WOLFIENNE PROBABLE. (Soc. méd. de Londres, 1er mars 1898. — *Brit. Med. J.*, 5 mars 1898.)

Tumeur située au-dessous de la ligne semi-lunaire gauche, chez une jeune Femme. A l'ouverture de l'abdomen, on trouve un kyste rétro-péritonéal, juxta-duodénal, sans relation avec le pancréas, ni le rein. Parois formées de tissu fibreux, très vasculaire ; contenant des caillots récents. Des coupes pratiquées sur un embryon de 9 mois, montrent que le corps de Wolf s'étend en avant de l'uretère, entre le rein et le pancréas, et l'auteur pense que ce kyste a pu avoir son origine dans les débris du corps de Wolf. Bowlby a enlevé un kyste qui présentait le même siège, bien qu'il fût multiloculaire ; certains kystes rétro-péritonéaux de cette nature ont été probablement pris pour des kystes du pancréas.

REVUE BELGE

C. Jacobs. — DEUX CAS DE GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE. (*Bulletin de la Société belge de Gynécologie et d'Obstétrique*, p. 8, 1898.)

J'ai l'honneur de vous présenter les pièces anatomiques des deux cas de grossesse extra-utérine que j'ai opérés dernièrement.

1° *Grossesse tubaire et cancer du corps.*

Ces pièces sont constituées par un utérus de volume assez considérable, les parois se sont épaissies ; la muqueuse présente sur toute l'étendue de la face postérieure des lésions de dégénérescence carcinomateuse.

Les annexes *droites* présentent une dilatation kystique de la trompe vers sa moitié externe, tumeur renfermant un liquide séro-sanguinolent : hémato-salpinx ; l'ovaire est atteint de dégénérescence micro-kystique.

Annexes *gauches* : trompe normale dans ses deux tiers internes. Son tiers externe est fortement dilaté jusqu'au niveau du pavillon ; celui-ci, à franges très développées, est perméable. La tuméfaction de la trompe renferme un caillot sanguin, par la dissection duquel nous reconnaissons une grossesse tubaire avortée. L'ovaire est augmenté de volume micro-kystique (opération le 2 mars 1898).

La malade est âgée de 42 ans, IIpare, son dernier accouchement datant de 12 ans. Aucune affection abdominale ni génitale antérieure. Depuis quelques mois, métrorragies profuses, menstruation régulière, très abondante, douloureuse. Douleurs abdominales qui, peu fréquentes au début, deviennent petit à petit continues, et amènent la malade au médecin. Amaigrissement, teint subictérique, insomnie. L'examen des organes génitaux décélait la présence d'une tumeur annexielle, mais rien dans l'histoire de la malade ne pouvait laisser croire à une grossesse extra-utérine. L'état général et les symptômes locaux devaient plutôt faire poser le diagnostic d'affection maligne du corps ou annexite kystique.

J'attire une fois de plus votre attention sur la bilatéralité des lésions tubaires.

2° *Grossesse tubaire ; fœtus de trois mois.*

La deuxième observation concerne une jeune Femme de 22 ans, mariée depuis 1 an 1/2, nullipare. Aucune affection génitale antérieure. Menstruation régulière, indolente. Depuis quatre mois les pertes de sang menstruel sont devenues plus abondantes, douloureuses dans ces derniers temps. Cinq semaines environ avant qu'elle vînt nous consulter elle se plaignait de douleurs abdominales localisées à gauche ; la défécation devint difficile, irrégulière, dolente ; fièvre depuis quelques jours.

A l'examen, l'utérus est un peu augmenté de volume, dévié à droite, peu mobile. Les annexes droites semblent normales ; à gauche, une tumeur emplissant les culs-de-sac, latéral et postérieur, très sensible, fluctuante, adhérente de toute part. Elle dépasse le bord supérieur du pubis.

Vu l'absence de lésions du côté des annexes droites, nous nous décidons à intervenir par le vagin (22 février 1898). Après ouverture large du cul-de-sac postérieur nous détachons les adhérences de la tumeur aux organes voisins. Pendant les manœuvres la tumeur se rompt et donne issue au fœtus que nous vous présentons, rattaché par un mince cordon au placenta que nous extrayons par morceaux. La partie fœtale vidée, nous attirons les annexes gauches dans le vagin, plaçons une ligature sur le ligament large, une ligature sur l'extrémité utérine de la trompe, et nous sectionnons le paquet annexiel. Vu la longueur des manœuvres opératoires, nous crûmes prudent de drainer le pelvis pendant vingt-quatre heures.

Nous insistions dans le cas précédent sur la bilatéralité des lésions annexielles. Dans ce second cas les lésions étaient unilatérales au moment de l'intervention. Malheureusement, depuis quelques jours la malade, convalescente de l'opération, présente des lésions manifestement kystiques du côté de la trompe droite, qui peut-être nous obligera d'intervenir à nouveau.

R. PICHEVIN, *Directeur-Gérant.*

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE DAIX FRÈRES.
Maison spéciale pour Journaux et Revues.



SOMMAIRE

TRAITEMENT DES MÉTRITES

Par M. le Dr Paul Reynier, Professeur agrégé, Chirurgien des Hôpitaux.

C'est à M. Verchère que je désire surtout répondre, car plus il a mis de verve à soutenir ses idées, plus l'admission de ces idées me paraît dangereuse, et conduire à une thérapeutique néfaste, que j'ai combattue dans ma première communication, mais peut-être pas assez explicitement, puisque je n'ai pu arriver à convaincre. Je crois donc utile d'insister de nouveau.

Notre distingué collègue a émis cet axiome clinique : La métrite est une. C'est l'infection qui en est toujours la cause. Et ce point de clinique établi, il arrive à cette conclusion thérapeutique logique, d'après la clinique qu'il admet, *à une affection une, il faut opposer un traitement un*, qui sera le curettage, toujours le curettage.

Ce curettage, d'après M. Verchère, quand il est bien fait, doit toujours donner de bons résultats, et les méfaits que M. Reynier lui attribue, ne sont dus qu'à la mauvaise exécution du curettage.

C'est bien net.

Or je ne peux accepter aucune de ces propositions. Mon ami Verchère, dont je partage, sur beaucoup d'autres points, la manière de voir, ne m'en voudra pas ici d'être d'un avis absolument opposé.

Pour moi, la métrite n'est pas une.

Il y a des métrites où l'infection est si minime qu'elle est négligeable.

Le curettage, dans certains cas, rend des services merveilleux, et amène rapidement une guérison durable. Mais dans un grand nombre d'autres cas, non seulement il ne guérit pas, mais nuit, et amène des lésions, qui ne se seraient pas développées si on n'y avait pas eu recours.

Ces résultats déplorables, enfin, ne sont pas dus à la mauvaise exécution du curettage, car on peut démontrer, les faits en main, qu'ils tiennent à la nature des lésions, et que si ces résultats étaient autrement, ils seraient paradoxaux, et on aurait le droit d'en être surpris.

Or ce sont ces idées que je veux défendre aujourd'hui devant vous. Ce n'est pas à la légère que j'entreprends aujourd'hui cette campagne contre le curettage ; voici de longues années que j'amasse les documents qui vont me servir aujourd'hui, et d'après lesquels j'ai fait ma conviction.

Non, la métrite n'est pas une. Si un grand nombre de métrites relèvent, je le reconnais, de l'infection, toutes n'ont pas cette origine.

Prenez, par exemple, une Femme, qui a toujours été bien réglée, n'a jamais eu de pertes d'aucune sorte, aucune douleur. Elle a un jour un arrêt de règles ; pendant deux mois elle cesse de voir ; un beau jour ses règles reviennent ; elle a une perte abondante avec caillot. Cette perte s'arrête. Mais depuis elle ne cesse de perdre ; elle n'est plus réglée régulièrement ; et elle vient au bout de trois, quatre mois, ennuyée d'être toujours dans le sang, comme elle le dit, nous consulter.

L'examen au spéculum, montre un col violacé, mais non ulcéré ; par l'organe s'écoulent des glaires sanguinolentes, ou du sang.

Le toucher montre un utérus gros, peu douloureux, très mobile.

Vous proposez et faites un curettage. Il ramène des débris placentaires, quelques fongosités.

Immédiatement les hémorragies s'arrêtent, la mèche intra-utérine est retirée le deuxième jour. A partir de ce moment, les pansements sont pour ainsi dire intacts. La malade se lève le 6e jour. Le col est normal. Rien ne s'écoule par son organe. Vous n'avez eu à aucun moment aucune suppuration, aucun phénomène douloureux ou fébrile. Le curettage a été une opération merveilleuse, dans ses effets, comme dans ses suites.

Comparez cette malade avec la Femme qui arrive perdant irrégulièrement, ayant des métrorragies quelquefois profuses, mais ayant un écoulement muco-purulent, indice d'une infection blennorragique manifeste. L'utérus est douloureux, quand on le presse.

Curettez cette Femme. Les métrorragies, comme chez la première, semblent cesser ; mais si vous suivez cette malade, elles reviendront trois ou quatre mois après le curettage.

Lorsque vous retirez la mèche de gaze iodoformée que vous avez mise, comme dans le premier cas, dans l'utérus, après l'opération, cette mèche est souillée de pus. Aux pansements suivants, vous constatez encore des sécrétions muco-purulentes, sortant par le col. Vous devez avoir recours aux crayons antiseptiques, aux lavages intra-utérins longtemps prolongés pour tarir ces sécrétions ; et souvent vous n'y arrivez pas. La Femme quitte le service ayant encore un écoulement muco-purulent, qui pourra être le point de départ de nouveaux accidents

Pouvez-vous, dans ces deux cas, dire que vous avez eu affaire à la même affection, que la métrite est une, en présence de deux Femmes affectées de métrites évoluant d'une façon si différente au point de vue étiologique, clinique et thérapeutique.

Evidemment non. Dans le premier cas, je n'avais que des lésions en surface de la muqueuse ; les couches profondes n'avaient aucune infection. Il n'en était pas de même dans le second cas.

Vous me direz que c'est à tort que je range parmi les métrites ces cas où des débris placentaires sont causes d'hémorragies ; que, dans ces cas, nous avons surtout affaire à des hémorragies utérines, plus qu'à des métrites. Vous aurez peut-être raison de faire cette distinction. Mais dans la nomenclature actuelle, elle n'est pas faite. Et c'est sous la rubrique de métrite hémorragique que les malades sont classées dans nos services. Or, je le répète, cette métrite hémorragique, sur laquelle le curettage agit si merveilleusement n'est pas une métrite infectée, et doit déjà être distinguée quand on parle des résultats du curettage.

Je passe maintenant aux vraies métrites infectées. Or, voyons ce que le curettage peut faire en pareil cas.

Ces métrites sont-elles toutes les mêmes, ne forment-elles qu'une métrite, comme siège anatomique, comme lésion. Il suffit de prendre la métrite la plus connue, la métrite à Gonocoques, pour voir que pareille opinion ne peut se soutenir. Même dans les métrites infectées, il y a plusieurs genres de métrites, et par suite plusieurs traitements.

Si nous voyons, en effet, ce qui se passe dans l'infection gonococcique, ne savons-nous pas que chez la Femme qui n'a pas eu d'enfant cette infection se localise de préférence dans le col. Le corps peut être pris, mais le nombre de métrites du corps d'origine gonococcienne est inférieur à celui des métrites du col.

Le col est à la Femme ce qu'est l'urèthre antérieur à l'Homme.

Or, irions-nous, sans crainte, sonder un Homme qui aurait une gonorrée dans son urèthre antérieur, au risque de contaminer tout son canal uréthral. Oserions-nous le curetter ?

Pourquoi ce qui nous paraît absurde chez l'Homme nous paraît-il logique chez la Femme ?

Pourquoi vois-je tant de médecins, en pareil cas, introduire des laminaires, des hystéromètres, des curettes ?

Les faits justifient-ils cette conduite ?

Hélas ! non.

A la suite de ces introductions, souvent un accès de fièvre vient annoncer que le corps se prend, et que la propagation de l'infection s'est faite, par votre faute, quelquefois aux annexes. Le curettage jamais n'est arrivé, dans ces cas d'infection gonococcienne, à arrêter l'infection. Celle-ci persiste, et si elle guérit, c'est quand on a recours aux sels d'argent en injections,

ou en crayons. Les hémorragies elles-mêmes qui souvent accompagnent les métrites gonococciennes du corps, ne sont même pas arrêtées par ce curettage. Tous les auteurs sont unanimes sur ce point, et dans ces derniers temps M. Appert, dans un travail (*Semaine gynécologique*, p. 66, 1896) sur la métrite gonococcienne, le faisait encore remarquer.

Le curettage est donc, dans ces cas, dangereux et impuissant, il contamine un peu plus, et laisse sur place dans le fond de l'utérus, au voisinage des trompes, une infection. Aussi, rien d'étonnant que quelques mois après le curetage, les Femmes reviennent pour se faire opérer de leurs trompes malades.

Cette métrite gonococcienne ne doit-elle pas être, au point de vue thérapeutique, séparée des autres métrites où l'infection peut jouer encore un rôle ?

Si, d'autre part, nous voyons ce qui se passe dans les infections puerpérales, nous serons encore de plus en plus portés à faire des divisions multiples dans les infections, et dans les traitements.

Une Femme nous arrive en pleine infection puerpérale ; or, trois cas peuvent se présenter :

1° La Femme a eu de forts accès de fièvre ; elle a un écoulement rougeâtre fétide ; les plaies vaginales ont un aspect terne, blafard. Vous curettez cette Femme, vous retirez des débris fétides, vous faites un fort lavage oxygéné. Immédiatement la fièvre tombe ; votre malade a été sauvée par le curettage.

2° Une seconde malade présente les mêmes symptômes généraux, mais avec un ou plusieurs grands frissons qui ont marqué le début de la mise en scène. Les plaies vaginales sont sèches. Il ne s'écoule presque rien de l'utérus, ou un liquide peu abondant, louche. Vous curettez, vous retirez des débris comme dans le premier cas. Mais la fièvre continue, et la malade ou meurt, ou finit, après plusieurs jours de fièvre, par guérir sans que votre curettage soit pour rien dans la guérison. Dans certains cas même on peut se demander s'il n'a pas accéléré l'issue fatale.

3° Enfin, une troisième malade a de la fièvre encore, mais moins forte, avec symptômes généraux moins accusés ; par le col s'écoule un pus épais, qui coule sur les plaies vaginales, sans que celles-ci prennent un vilain aspect. Vous curettez encore dans ce cas. Et votre coup de curette n'arrête pas l'écoulement purulent, qui continue, et finit, à force de lavages, d'injections de sels d'argent, par se tarir !

Pourquoi ces différences entre ces trois genres de malades, qui paraissent avoir une infection unique ? C'est que l'infection microbienne n'est pas la même.

Chez la première nous avons une infection par les saprophytes vaginaux, qui pénètrent peu dans la profondeur, restent en surface.

Le coup de curette, en enlevant les débris dans lesquels ils pullulent, en enlevant les couches superficielles de la muqueuse, les entraîne.

Dans le second cas, nous avons affaire au Streptocoque, qui rapidement passe dans le torrent circulatoire, dans les lymphatiques, qui gagne la profondeur des tissus, le coup de curette ne peut l'atteindre. Aussi l'infection continue-t-elle, jusqu'à ce que, sous les efforts de la nature, cette infection finisse par s'éteindre d'elle-même.

Reste le troisième cas, dans lequel nous retrouvons le Gonocoque, sur lequel ici, comme en dehors de la puerpéralité, le curettage a son effet négatif.

Ce qui se passe dans ces infections puerpérales, où tout est grossi, nous montre ce qui se passe dans les métrites post-puerpérales où les mêmes agents sont en cause ; où, au lieu d'avoir affaire à une infection aiguë, nous avons affaire à une infection chronique.

La métrite liée au Streptocoque, est une métrite où le curettage n'aura que des effets désastreux.

Je redis encore à M. Verchère que je ne vois pas pourquoi, en pareil cas, on applique à l'utérus un traitement qu'on n'appliquerait pas à la peau, si elle était envahie par l'infection Streptococcienne.

Vous aurez beau enlever toute la muqueuse, comme il le dit, le Microbe est dans les vaisseaux, dans la couche musculaire, et il se rit du coup de curette, même très bien donné.

Vous réussirez, au contraire, dans les infections par les saprophytes, qui restent surtout à la surface, et qui ne pénètrent pas dans la profondeur. Mais l'éponge préparée, les pansements antiseptiques, les lavages, les vapeurs de brome, en face d'une infection si superficielle réussiront également, et on n'aura pas la crainte, en curettant trop, en cautérisant, après, trop fortement, de dépasser le but, et de remplacer la métrite par une aménorrée, qui deviendra, pour un certain nombre de malades, la cause de troubles nerveux graves.

Je signale, en passant, cette conséqence de certains curettages, suivis de cautérisations, conséquence malheureuse, sur laquelle on n'a pas encore assez insisté.

Je termine, Messieurs, ici, toutes ces considérations cliniques. Tous ces faits doivent vous montrer combien la conception d'une affection unique est inacceptable.

La métrite n'est pas une. C'est un protée dont on doit connaître chaque forme, car à chaque forme doit correspondre un traitement rationnel, et non un traitement unique, pour lequel quelques succès plaident, mais contre lequel s'élèvent de nombreux insuccès, et de nombreux méfaits.

La multiplicité des salpingites, qui succèdent au curettage, sont là pour le prouver.

Je conclus donc en disant que le curettage qui, dans quelques cas bien déterminés, peut rendre des services, doit être, dans un grand nombre d'autres cas, considéré comme un traitement dangereux, auquel on ne doit avoir recours qu'en connaissance de cause.

(*Communication faite à la Société de médecine.*)

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE [1].

Par F. Labadie-Lagrave, *médecin de la Charité*,

et F. Legueu, *chirurgien des hôpitaux, professeur agrégé.*

Ergot de seigle. — C'est le mycelium d'un champignon, du claviceps purpurea ; on l'appelle seigle ergoté.

On l'emploie sous forme de poudre ou d'extrait, en ergotine ou en ergotinine (Tanret).

En dehors de son action sur le cœur et sur les vaisseaux périphériques, l'ergot agit surtout sur les fibres musculaires lisses dont il détermine la contraction.

L'action de l'ergot sur l'utérus, action ecbolique, est d'autant plus marquée que l'utérus est plus riche en fibres musculaires ; c'est dire qu'au terme de la grossesse, cette action arrive à son maximum. Dans la contraction utérine provoquée par l'ergot, le centre lombo-dorsal sous la dépendance duquel se trouve l'utérus, est excité soit directement, soit par suite d'une anémie médullaire. Toutefois, cette intervention nerveuse centrale n'est pas absolument nécessaire, puisque ces contractions se produisent encore plus tardivement, lorsque l'utérus a été privé de ses connexions nerveuses

Applications. — L'ergot possède une action hémostatique universelle, mais cette action est particulièrement efficace dans les hémorragies utérines post-partum. En dehors des suites de couches, l'ergot réussit encore, bien que la contraction utérine n'intervienne plus avec autant de force pour se combiner avec la contraction musculaire. Quelques auteurs ont même affirmé que l'ergot de seigle n'avait plus qu'une action très restreinte dans les hémorragies utérines en dehors de l'état puerpéral alors qu'il n'y a pas de développement de l'élément musculaire. Peronnier et Goupil furent les premiers qui insistèrent sur la propriété hémostatique de l'ergot dans les ménorragies.

Trousseau montre que l'ergot détermine des contractions douloureuses de la matrice et que ces contractions douloureuses, véritables coliques utérines, peuvent être assez fortes, mais sont toujours passagères et elles se produisent toujours quel que soit l'état de l'utérus.

Quant aux doses du médicament, elles peuvent être assez variables. Aujourd'hui, il est préférable de prescrire l'ergo-

(1) Nous extrayons ces pages de l'important traité publié récemment par MM. Labadie-Lagrave et Legueu et qui a déjà été l'objet d'une analyse ici même. *Semaine gynécologique*, p. 152, 1898.



tine, de préférence à la poudre d'ergot, si rapidement altérable.

Les doses doivent d'abord être faibles au début ; et si elles sont insuffisantes, elles doivent être augmentées et renouvelées à intervalles réguliers jusqu'à production de leur effet.

Dans les états congestifs chroniques de l'utérus avec augmentation de volume, on a également employé avec succès l'ergot de seigle ; l'emploi doit être un peu prolongé. Le mode d'emploi est le même : c'est la contraction des petits vaisseaux utérins et même la contraction du muscle lui-même.

L'ergot peut, par le même mécanisme, combattre l'aménorrée, la leucorrée qui s'accompagne d'un léger écoulement sanguin. Mais dans tous ces états, l'ergot ne doit pas être employé sans distinction ; il possède surtout la valeur d'un médicament symptomatique et il faut, avant tout, déterminer la cause de ces désordres, procéder à un examen local minutieux et combattre l'infection chronique qui les détermine le plus habituellement.

Par les contractions que l'ergot détermine dans l'utérus, on peut arriver à réduire peu à peu le volume d'un fibrome, si l'on prolonge longtemps le traitement. On ne doit pas cependant s'attarder longtemps avec de hautes doses qui peuvent avoir des inconvénients sérieux. Il faut, au contraire, s'en tenir aux petites doses longtemps prolongées pour agir sur les vaisseaux et amener une contraction modérée de l'utérus.

Mode d'administration. — L'ergot peut être administré par diverses voies, on l'a même employé en injections locales, mais c'est aux injections sous-cutanées que la plupart des auteurs donnent la préférence.

Hildebrandt (*de Königsberg*) a ainsi rapporté neuf cas de fibromes utérins pour lesquels il employa une solution aqueuse d'extrait d'ergot (3 parties d'extrait pour 7 d'eau distillée et 7 de glycérine). Les piqûres sont faites sur la paroi abdominale au voisinage de l'ombilic, parce qu'elles entraînent moins de douleur. Dans un cas la tumeur, qui avait le volume de l'utérus au septième mois de la grossesse, disparut après quinze semaines, pendant lesquelles on avait fait tous les jours des injections, sauf pendant la période menstruelle. Dans les huit autres cas, on a noté seulement une grande amélioration. Emmet a employé ce mode de traitement dans un certain nombre de cas ; il y eut, dans plusieurs, une diminution notable de la tumeur, qui, dans aucun cas, ne disparut entièrement. L'usage de l'ergot doit être continué pendant fort longtemps. Les résultats, en dehors de la diminution de volume observée, consistent dans l'arrêt de l'écoulement sanguin, et dans l'amélioration des symptômes subjectifs. Dans quelques cas cependant l'ergot, sans qu'on sache pourquoi, paraît augmenter la tendance à l'hémorragie.

Gossypium herbaceum. — Beaucoup de tentatives ont été faites pour trouver un succédané de l'ergot de seigle, dont on a cherché à éviter les actions secondaires désagréables et particulièrement les phénomènes de migraine spasmodique, dont souffrent fréquemment les femmes qui font usage de ce médicament.

Il y a quelques années (1880) Prochownick fit connaître l'emploi de la racine de gossypium, connue à tort comme remède abortif. Il se livra aussitôt à des expériences et proposa de l'essayer dans la pratique obstétricale et gynécologique.

Le gossypium herbaceum est bien loin de valoir l'ergot comme moyen ecbolique : il agit beaucoup plus lentement, il faut l'employer à fortes doses, mais son grand avantage est de ne pas provoquer de phénomènes accessoires. Prochownick l'a employé contre les hémorragies de toute sorte, après l'avortement par exemple, alors que l'hémorragie avait persisté malgré l'extraction des débris de membranes. Le gossypium a arrêté aussi d'une façon remarquable des hémorragies utérines provenant de myomes. L'action était semblable à celle que pouvent produire les injections pendant les règles.

Prochownick a vu une diminution considérable des hémorragies dans tous ces cas, et au bout d'un à deux mois les myomes diminuaient de volume comme avec l'ergotine.

Les Américains ont encore employé ce remède dans les cas d'aménorrée, de dysménorrée, à l'époque de la ménopause.

Prochownick, dans la pratique obstétricale, se sert d'une infusion de 3 à 5 grammes dont il donne une cuillerée à thé, toutes les demi-heures, pendant la période d'expulsion ; en gynécologie, il se sert d'une infusion de 5 à 10 grammes ; l'infusion fraîche ainsi que l'extrait fluide américain donnent les meilleurs résultats.

La racine de gossypium ne peut être comparée à l'ergot de seigle au point de vue de l'intensité des contractions qu'elle provoque et de son action hémostatique. Pour produire des effets d'égale intensité, il faut employer des doses beaucoup plus fortes et pendant beaucoup plus longtemps. Mais c'est là une des circonstances qui rendent le remède inoffensif, même lorsqu'il est employé pendant l'accouchement.

Au contraire, en gynécologie, où l'on n'a pas besoin d'une action très rapide, en général, le gossypium peut rendre de grands services et remplacer l'ergotine dans presque tous les cas, ayant sur elle l'avantage d'agir d'une façon plus continue sans phénomènes désagréables.

Sabine. — On a attribué des propriétés abortives à une espèce de genévrier (juniperus sabina) qui croît principalement dans les contrées méridionales de l'Europe et dont les feuilles contiennent un suc isomère de la térébenthine, c'est la sabine.

Les propriétés de la sabine paraissent avoir été connues, en partie, des anciens qui parlent de son action abortive. Au XVIIIe siècle, il est beaucoup question de sa vertu emménagogue qui, avec son action abortive, fut déjà l'objet de vives discussions.

La sabine a été rangée parmi les poisons stupéfiants et convulsivants du système nerveux ; elle détermine en même temps une vive irritation qui se traduit par une congestion intense de tous les viscères. La congestion des trompes et des ovaires n'est qu'un cas particulier de cette action congestive qui porte sur tous les organes ; quant à son action excito-motrice sur l'utérus, elle n'est pas démontrée et n'est admise que par un petit nombre d'auteurs.

La sabine n'est que rarement employée aujourd'hui et elle l'est surtout à titre d'emménagogue. La propriété d'emménagogue a été contestée par Gendrin, Aran, Beau, Hamelin, qui, déclarent n'avoir jamais obtenu personnellement, à ce point de vue, aucun avantage de l'usage de la sabine.

Cependant, à en juger par les anciennes observations, il n'est pas douteux que la sabine ne possède réellement la propriété de rétablir les règles, au moins dans certaines conditions bien déterminées. On recommande, en effet, de la prescrire surtout dans l'aménorrée liée à l'atonie générale et locale ; par son action vasculaire et congestionnante, elle peut stimuler la fonction languissante. C'est dire qu'elle est contre-indiquée toutes les fois que l'aménorrée est liée à un état congestif des organes génitaux.

La sabine ne paraît pas posséder de propriétés ecboliques propres ; si son emploi a pu réussir à provoquer l'avortement, c'est après avoir amené des perturbations générales intenses en même temps qu'une congestion de tout l'appareil génital. Quelques auteurs, Hamelin entre autres, ont insisté sur les services que peut rendre la sabine dans les métrorragies, même pendant le cours de la grossesse. Mais toutes les observations qui ont été faites sur cette propriété antihémorragique n'ont été corroborées par aucune expérience physiologique et l'emploi de la sabine dans ces cas est absolument empirique.

En dehors donc de ces propriétés emménagogues qui peuvent être encore utilisées, son action multiple, incertaine, irritante sur l'estomac et sur la plupart des viscères en fait une substance dangereuse à manier à partir d'une certaine dose.

Les préparations utilisées sont, d'abord, la poudre, dont l'action est très infidèle, parce que la quantité du principe actif, qui paraît être l'essence, varie dans de grandes proportions. La poudre est employée aux doses de 25 centigrammes à 1 gr. 50 ou 2 grammes par jour, en plusieurs fois, mêlée à un mucilage ou incorporée dans du miel.

L'infusion se fait avec 1 à 5 grammes de feuilles fraîches par litre d'eau édulcorée avec un sirop. Le tout se prend par tasses dans le courant de la journée. Cette infusion peut d'ailleurs se faire plus concentrée.

L'huile essentielle est employée à la dose de 2 à 20 gouttes, en pilules ou dans une potion. Habituellement elle est associée à l'essence de rue, en quantité moitié moindre, et, pour masquer le goût, on ajoute de l'essence de menthe ou d'anis.

La Rue. — La rue (ruta graveolens) était connue des anciens, qui lui attribuaient des propriétés abortives et antiaphrodi-

siaques. On peut dire aujourd'hui que l'usage de cette drogue est à peu près complètement tombé en désuétude et qu'il n'existe plus que dans la pratique clandestine des avortements. A faibles doses, la rue ne produit pas d'effet topique appréciable sur la muqueuse digestive et ne provoque pas de troubles généraux graves. Elle favorise l'apparition des règles lorsqu'elle est donnée aux approches de la période menstruelle, par suite de l'excitation de l'appareil musculaire utéro-ovarien qu'elle produit. S'il s'agit d'hémorragies passives, la contraction provoquée peut arrêter l'écoulement sanguin. A doses plus considérables, la rue possède une action stupéfiante sur le système nerveux; enfin, lorsqu'il s'agit de doses toxiques, on observe des troubles graves, de l'irritation gastro-intestinale, et l'avortement, qui ne se produit qu'après plusieurs jours d'usage. Après l'accouchement, on a vu la rue hâter l'expulsion du placenta comme le fait l'ergot. Des doses considérables amèneraient des contractions très énergiques de l'utérus, sans congestion. Mais en même temps les troubles fonctionnels de divers appareils sont tels que l'avortement semble représenter le terme ultime du syndrome produit par le toxique. C'est dans ces cas que les malheureuses succombent dans le collapsus avec des symptômes de congestions viscérales multiples. Lorsque après avoir subi cette série d'accidents graves, les malades se remettent, elles entrent dans une période d'accidents typhoïdes qui paraissent dus à la fois aux lésions gastro-intestinales et à l'infection consécutive à l'avortement.

Comme emménagogue, la rue a été très employée en dehors de toute intervention médicale.

La rue serait surtout indiquée dans le cas d'aménorrée liée à un état de torpeur de l'appareil utéro-ovarien, lorsque, par exemple, l'aménorrée ne retentit pas sur l'économie entière, qu'elle ne provoque pas de troubles généraux, lorsqu'elle est accompagnée d'une congestion ou d'un état de contraction insuffisant de l'utérus.

Quant à son emploi comme ecbolique, pour favoriser les contractions utérines et l'expulsion du produit, en cas d'accouchement, ou d'avortement, on doit s'en tenir aux règles formulées dans l'emploi de l'ergot. Suivant la règle générale, on ne doit administrer aucune substance ecbolique avant que l'utérus soit complètement vide.

Enfin, la rue peut être employée après l'accouchement pour favoriser l'involution utérine.

Mode d'administration. — La poudre est employée à la dose de 10 centigrammes à 2 grammes, soit seule, soit associée à d'autres substances réputées emménagogues. On débutera toujours par des doses minimes.

L'infusion se prépare avec 50 à 100 grammes de feuilles pour un litre d'eau, qu'on prend par petites tasses, dans la journée, convenablement sucrée.

L'essence de rue, obtenue par la distillation des feuilles fraîches, s'emploie aux doses de 2 à 10 gouttes dans une potion ou dans un verre d'eau sucrée ; on ajoute une à deux gouttes d'essence de menthe pour masquer le goût.

Apiol. — C'est un liquide jaunâtre, huileux, non volatil, plus lourd que l'eau, que MM. Joret et Homolle ont retiré de la graine du persil, dont il représenterait le principe actif. Joret et Homolle sont les premiers qui ont employé avec succès l'apiol contre l'aménorrée et la dysménorrée, dans les cas où les troubles de la menstruation paraissent relever d'une atonie nervo-vasculaire du système génital.

Des recherches ont été entreprises dans ces derniers temps par MM. Mourgues et Laborde sur l'action physiologique de quelques principes immédiats du persil.

Les premiers renseignements ont d'abord été fournis par M. Laborde sur des produits complexes obtenus par M. Chapoteaut sous le nom d'apioline. M. Laborde a reconnu que les phénomènes caractéristiques de son action se résument dans les états suivants : un état d'ivresse avec tremblement, somnolence, stupeur, parésie et incoordination motrice, accélération des mouvements respiratoires et des battements du cœur ; finalement, à dose toxique, asphyxie et mort.

L'action physiologique proprement dite, d'après Laborde, s'exerce d'une façon élective, par l'intermédiaire du système nerveux sur le système circulatoire; elle détermine des congestions vasculaires et excite la contractilité de la fibre musculaire lisse et surtout de la vessie, des intestins et de la matrice chez la femelle, si bien que, chez cette dernière en gestation (femelle de cobaye), on provoque l'accouchement prématuré avec ou sans la mort de l'animal, selon la dose. Chez le mâle, il y a une action congestive réelle (érection) sur les organes génitaux (action aphrodisiaque). Cet essai expérimental semble bien expliquer les effets de l'apiol sur la menstruation.

Dans des recherches expérimentales ultérieures, MM. Mourgues et Laborde ont examiné les propriétés : 1° du cariol, principe isolé, par Mourgues, des graines du persil; 2° d'un mélange de cariol et d'apiol, 3° de l'apiol cristallisé : 4° des divers produits que l'on rencontre dans le commerce et qui sont comparés aux précédents.

L'action fondamentale des principes immédiats du persil se résume dans des phénomènes excito-moteurs dont l'intensité s'accroît avec les doses.

L'apiol et le cariol agissent tous les deux sur les centres vaso-moteurs ; de là une vaso-dilatation congestive paralytique avec prédominance du côté du système génito-spinal. Les expérimentateurs ont constaté directement cette dilatation sur les vaisseaux utérins et péniens. Par ces expériences se trouvent confirmées les anciennes données empiriques sur l'action aphrodisiaque et emménagogue du persil et de ses principes.

Armoise. — L'armoise (artemisia vulgaris) doit ses propriétés à l'essence qu'elle renferme. Toutes les parties de la plante sont utilisées, particulièrement les sommités fleuries. On les emploie en infusion, mais il existe en outre un grand nombre de préparations pharmaceutiques : essence, macération vineuse, hydrolat, sirop d'armoise, extrait qui, toutes, sont plus ou moins délaissées pour la poudre employée en infusion, quelquefois en injections vaginales.

Il existe un sirop d'armoise composé dans lequel entrent la rue et la sabine.

L'armoise a toujours joui dans tous les temps de la réputation de combattre l'aménorrée. Elle paraît exercer une action élective sur le système génital, probablement par l'intermédiaire des centres nerveux et vaso-moteurs. En fait, sa réputation est bien justifiée et il n'est pas douteux qu'elle facilite l'éruption des règles et combatte souvent avec quelques succès les troubles nerveux qui les accompagnent.

Anémone pulsatile. — L'anémone, employée autrefois dans les maladies des yeux, sur le conseil de Stork, a été de nouveau tirée de l'oubli en raison des propriétés emménagogues que les anciens lui avaient d'ailleurs reconnues. Dans certaines régions de l'Allemagne, les femmes administrent, dans le but de faciliter ou de provoquer les règles, l'infusion vineuse de pulsatile noire. Aujourd'hui, on a préconisé contre la dysménorrée, quatre jours avant les règles, l'extrait alcolique à la dose de 40 gouttes. Si la menstruation se produit, on cesse le traitement pendant trois ou quatre jours, puis on le reprend trois ou quatre jours suivants. On a recommandé de donner l'extrait alcoolique d'anémone dans les cas de chlorose, dans les névralgies ovariennes, à la suite de la métrite chronique ou de l'inflammation des annexes.

L'anémone possède une action moins sûre que l'extrait alcoolique en raison de sa facile décomposition.

Ajoutons que l'emploi de l'anémone a été encore préconisé dans le traitement des maladies utéro-ovariennes, en raison de son action résolutive.

Millefeuille, matricaire.— A côté de l'armoise on peut citer comme emménagogue la millefeuille (achillea millefolium), qui appartient à la même famille.

L'aménorrée disparaîtrait dans un grand nombre de cas. On a rapporté un certain nombre d'observations heureuses, concernant des aménorrées d'origine tuberculeuse. Peut-être, en raison de ce fait curieux, y aurait-il intérêt à vérifier les propriétés qui sont attribuées à cette plante.

On emploie les sommités fleuries à la dose de 10 grammes pour 500 grammes d'eau en infusion.

La matricaire est encore une plante qui jouissait de propriétés emménagogues à la dose de 4 à 12 grammes par litre d'eau. On a accordé la même vertu à la chélidoine fraîche, qui paraît avoir été employée comme révulsif. Cette plante renferme un suc rouge qui sort des tiges lorsqu'on la froisse.

Safran. — L'action emménagogue du safran a été citée par



tous les auteurs. Mais les exagérations dont ont fait preuve sur ce point les anciens médecins, ont été remplacées de nos jours par des appréciations plus sceptiques, mais peut-être plus vraies. On a reconnu son infidélité dans plus d'un cas. Il n'est cependant pas douteux que le safran ne possède une telle propriété, qui serait mise à profit avec plus de succès si l'on connaissait mieux ses indications. Des tentatives sur ce point ont été faites par Delioux de Savignac, qui attribuait son efficacité sur ce point à la disparition de l'état spasmodique général ou local. Le safran provoquerait le retour des règles par un mécanisme inverse de celui d'autres emménagogues, tels que l'armoise, la rue, l'apiol, et serait indiqué lorsque les règles sont supprimées par hyperexcitabilité du système nerveux.

Dans la dysménorrée douloureuse, il agit encore comme calmant et antispasmodique.

Le safran, comme emménagogue, se donne à la dose de 1 à 4 gr. en infusion ; on emploie encore l'essence à la dose de 5 à 6 gouttes. La teinture est usitée à la dose de 4 à 20 grammes.

Indigo. — L'action emménagogue de l'indigo a été indiquée par les médecins américains, par L. Gount et par J. L. Jones, qui se sont servis de cette substance avec succès dans plusieurs cas.

Dans un cas cité par Jones, il s'agissait d'une jeune femme de vingt ans ayant, sans cause apparente, une suppression des règles datant de cinq mois. Avec l'indigo, les règles se sont rétablies régulièrement. Jones s'est servi depuis de l'indigo dans quatorze cas avec un seul insuccès. Dans ce dernier cas, il s'agissait d'une grossesse. Pendant l'emploi du médicament, l'orifice utérin s'était un peu ramolli et admettait facilement l'extrémité du doigt.

Jones a recommandé comme un excellent emménagogue l'indigo pulvérisé, à la dose de 2 à 3 grammes, ou l'extrait concentré, de 30 à 60 centigrammes, trois fois par jour. On doit ajouter du sous-nitrate de bismuth parce que le médicament provoque souvent des vomissements.

(*A suivre.*)

REVUE BELGE

Van Hasselt. — FIBRO-MYOME ET GROSSESSE. (*Bulletin de la Société Belge de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1898, p. 6.)

M. le docteur Bricoult, de Dour, donnait des soins à Mme X..., âgée de 38 ans, pluripare, qui était au troisième mois d'une nouvelle grossesse, et qui se plaignait de douleurs violentes dans le bas-ventre.

Après un examen vaginal, mon confrère ayant constaté la présence d'une tumeur dans le bassin, me fit appeler et nous établîmes ensemble les constatations suivantes :

La malade souffrait habituellement de constipation. Elle urinait fréquemment. Elle ne présentait pas de fièvre. Son ventre était fortement développé, surtout sur la ligne médiane, et douloureux à la pression. L'utérus, situé très haut, d'un volume coïncidant avec la durée indiquée de la grossesse, était refoulé contre le pubis par une tumeur dure, résistante, du volume d'un poing, et qui avait avec lui certaines connexions. Les culs-de-sac latéraux étaient libres. A la palpation abdominale directe on percevait une tumeur molle et fluctuante, qui s'élevait au-dessus de l'ombilic. Cette seconde tumeur était simplement constituée par la vessie distendue et contenant plusieurs litres d'urine : l'utérus comprimait le canal de l'urètre contre le pubis, et l'urine ne s'en échappait que par petites quantités, avec des intermittences fréquentes.

La vessie vidée, nous pûmes reconnaître qu'il s'agissait d'un fibrome de la paroi postérieure de l'utérus, fibrome dont le volume s'accroissait assez fortement depuis quelque temps, suivant les constatations de mon confrère.

Il était indiqué, vu l'état gravide de la malade, d'intervenir au plus tôt, et quelques jours après je fis l'opération, aidé par mes confrères Bricoult, Duvivier, Lecocq et Tonneau.

Etant donnée la situation de la tumeur, enclavée en quelque sorte dont la concavité du sacrum, et désirant, autant que possible, éviter un avortement, je choisis la voie basse pour intervenir.

Dans le vagin dilaté par des valves, j'abaissai l'utérus à l'aide des Museux, j'incisai largement le Douglas et je disséquai lentement un tissu fibreux abondant et durci, traversé d'artérioles nombreuses, jusqu'au moment où j'arrivai sur la coque de la tumeur. La dissection des régions postérieures et latérales fut assez aisée ; mais, à la partie antérieure, je trouvai un tissu conjonctif très résistant, qui reliait l'utérus à la tumeur. Bref, je pus énucléer la tumeur et sa coque musculaire ; elle avait un diamètre transversal de près de 10 centimètres sur une épaisseur de 8 centimètres.

Le point le plus ennuyeux de l'intervention fut l'abondante hémorragie en nappe, qui eut lieu dans cette vaste poche formée de tissus lâches et flottants, largement irrigués par de nombreux vaisseaux de petit volume.

Je ne pus placer aucune ligature. Les irrigations très chaudes et les tamponnements eurent, seuls, raison de cet écoulement, mais après que l'opérée eût perdu déjà une quantité assez considérable de sang. Je laissai en place, dans la cavité, un bourrage à la gaze iodoformée, ainsi qu'un second bourrage dans le vagin.

L'utérus était conservé intact avec son contenu, ainsi que j'en avais poursuivi le désir.

Comme le pouls était petit et filiforme, nous fîmes immédiatement à la fesse, une injection de sérum artificiel, et cette injection fut répétée plusieurs fois les deux jours suivants.

Les suites ne présentèrent rien d'anormal. Les douleurs abdominales disparurent vite ; la miction se rétablit régulièrement. Les pansements, faits à des intervalles de trois jours, permirent de constater la cicatrisation assez rapide des tissus incisés. Seulement du huitième au dixième jour il y eut une augmentation de température. Le thermomètre dépassa 39° sans que l'on pût découvrir nettement la cause de cette fièvre, qui s'accompagna d'un état cachectique assez prononcé. La malade n'émettait aucune plainte et n'accusait aucune douleur locale quelconque. Mon confrère Bricoult découvrit alors un large phlegmon de la fesse, siégeant à l'endroit où avait été pratiquée une des injections de sérum. La poche fut incisée, lavée et pansée, et tout rentra vite dans l'ordre.

La grossesse évolua normalement, et la délivrance est arrivée, se produisant sans encombre.

La tumeur enlevée est un fibro-myome, primitivement enclavé dans la paroi postérieure de l'utérus, et qui, dans son développement progressif, s'est évadé de la coque utérine pour s'établir dans le paramétrium du côté du Douglas, car, détail que j'ai omis de citer plus haut, je suis resté, au cours de mon intervention, complètement en dehors de la cavité péritonéale.

REVUE FRANÇAISE

F. Jayle. — OPOTHÉRAPIE OVARIENNE DANS LA MÉNOPAUSE ARTIFICIELLE POST-OPÉRATOIRE ET LA MÉNOPAUSE NATURELLE. (*Revue de Gynécologie et de chirurgie abdominale*, 2 avril 1898.)

Cet intéressant mémoire de M. Jayle, dont nous donnons ci-dessous l'analyse, vient combler une importante lacune dans la littérature ; actuellement, où l'opothérapie tend à prendre une place de plus en plus importante, le gynécologiste ne pourra manquer de tirer profit de la lecture de ce travail, où à côté d'une revue bibliographique très complète, on trouvera la relation d'une série importante d'observations personnelles.

L'opothérapie ovarienne est une conséquence (Brown-Séquard) de la théorie sur les glandes à sécrétion interne.

Les troubles relevés après l'ablation des ovaires ont fait penser à Jayle qu'il y avait une relation de cause à effet, analogue à celle qui existe entre le myxœdème et l'extirpation du corps thyroïde. La déduction thérapeutique est d'essayer du traitement ovarien contre les troubles provoqués par la castration.

En 1895, Jayle donna des ovaires crus à des opérées ; mais les difficultés éprouvées, soit pour se procurer ces organes ou les faire prendre aux malades, ne lui permirent pas de continuer ses recherches ; sauf un cas traité par de l'ovarine, ses premières malades ont été soignées avec du liquide ovarique qu'il expérimentait concurremment avec du sérum simple, et d'après ses expériences, il conclut, dans un mémoire déposé à l'Académie de médecine le 27 février 1896, que l'on peut améliorer les malades atteintes de phénomènes vicariants graves après la castration en leur pratiquant des injections de liquide ovarique et aussi, semble-t-il, de sérum artificiel simple. En mars 1893, Pichevin (R.) fait des expériences relatées dans la *Semaine Gynécologique*, 1896, p. 121. Le 19 mars 1896, F. Mainzer (*Deutsche med. Woch.*, n° 12, 19 mars 1896, p. 188) publia un cas d'amélioration de troubles dus à la castration par l'ingestion d'ovaires crus. Le résultat immédiat fut excellent. Le 7 avril 1896, R. Mond (*Münch. med. Woch.*, 7 avril 1896, n° 14), relatait le succès obtenu par l'ingestion de tablettes d'ovarine.

Jayle publiait de nouveaux faits la même année (voyez *Semaine Gynécologique*, 1896, p. 132). Quelque temps après, R. Chroback publiait ses expériences (*Semaine Gynécologique*, 1896, p. 144). Ci-



tons encore la thèse de Lissac (*Semaine Gynécologique*, 1896, p. 126).

Muret (*Revue médicale de la Suisse romande*, 20 juillet 1896, n° 7, p. 317) donne la relation de vingt et une observations de malades soumises à la médication ovarienne.

Depuis, on a publié de nouveaux travaux de contrôle : Spillman et Etienne (Congrès français de Médecine de Nancy 1896) citent trois observations de chlorotiques très améliorées par l'opothérapie ovarienne.

Jayle (*Presse médicale*, 29 août 1896, n° 71, p. 437) dit que cette médication a été prescrite : contre les accidents provoqués par la castration ; contre certaines lésions ovariennes (dysménorrée, aménorrée, anémie, chlorose, adipose, névralgies ovariennes) ; contre la ménopause normale ; contre l'ostéomalacie, la maladie de Basedow. Touvenaint (*La Presse médicale*, 14 octobre 1896, n° 84) relate quinze observations concluantes. R. Mond (*Münch. med. Woch.*, 8 septembre 1896, n° 36) rapporte 12 observations favorables au traitement ovarien.

En novembre 1896, Carlo Fedeli publie un mémoire intitulé : Recherches sur l'action thérapeutique de l'ovarine, ses rapports avec une nouvelle théorie de la chlorose, et quelques observations ; il est bientôt suivi de celui de Jacobs (*Semaine Gynécologique*, 1897, p. 54).

En 1897, Senator (*Presse médicale*, n° 13, 13 février 1897), relate un cas d'ostéomalacie améliorée par un traitement complexe dans lequel est entrée de l'ovarine, mais il refuse à ce médicament une action quelconque dans ce cas. Dans les troubles de la ménopause, l'ovarine a bien réussi. Chez les Femmes atteintes d'affection au cœur, des reins et du foie, l'ovarine n'a donné qu'une augmentation de la diurèse.

Citons enfin : Féderoff (*Semaine Gynécologique*, p. 344, 1897). G.E. Curatulo et L. Tarulli (*Bull. dell. R. Acc. med. di Roma*, 5, 6 1898) W. Latzko et Schnitzler (*Deutsch. med. Wochenschrift*, n° 37, 1897) ; Jacobs (*Semaine Gynécologique*, 1897, p. 196) ; Ferré et Bestion (*Semaine Gynécologique*, 1898, p. 149).

D'après Jayle, la glande ovarienne peut être administrée sous trois formes différentes : a) à l'état de nature ; b) en poudre obtenue par la dessiccation de l'organe ou ovarine ; c) en extrait glycériné ou liquide ovarique.

Les ovaires dont on s'est servi jusqu'à ce jour sont ceux de Génisses, de Vaches et de Brebis.

Ovaire en nature.—Ce mode d'administration est à la disposition de tous et se pratique de la façon suivante ; a) hacher les ovaires frais en morceaux très minces ; b) en faire des bols de 10 grammes ; c) enrober chaque bol dans un pain azyme ; d) faire avaler à la dose d'un ou deux bols par jour.

Cette méthode a l'avantage de ne faire subir à l'ovaire aucune modification.

Elle a le grand inconvénient d'être difficilement acceptée et est d'autant moins recommandable que les résultats obtenus ne sont pas supérieurs à ceux que donnent le liquide ovarique ou l'ovarine.

Liquide ovarique. — Le liquide ovarique se prépare d'après la méthode Brown-Séquard-d'Arsonval. Il est conservé dans des ampoules en verre de 3 ou 5 centimètres cubes que l'on brise au moment de l'injection. On pratique l'injection lentement, sur les deux côtés de l'abdomen alternativement et après avoir pris des précautions antiseptiques rigoureuses. Sur un très grand nombre de piqûres, on n'a jamais eu aucun abcès.

L'avantage de ces injections est de permettre une absorption facile et certaine.

Les inconvénients sont l'appréhension, et, parfois, le refus des malades, la douleur immédiate (surtout de la première piqûre), la sensibilité qui persiste, deux ou trois jours ou davantage, au niveau de l'injection.

Ovarine.— L'ovarine est une poudre obtenue par la dessiccation de l'ovaire à la température ordinaire de l'animal auquel appartenait l'organe (on a pour but, en agissant ainsi, de ne modifier en rien la tumeur ovarique). Elle peut être donnée telle quelle, en cachets ou incorporée à des substances avec lesquelles on confectionne des tablettes, des pastilles ou des pilules.

Jayle prescrit l'ovarine brute à la dose de 125 milligrammes en cachets aussi petits que possible. Il suffit, en général, d'un cachet par jour que l'on fera prendre, de préférence, un quart d'heure avant le repas de midi. On peut être amené à donner des doses plus fortes et il a administré, sans aucun inconvénient, jusqu'à 1 gramme d'ovarine en vingt-quatre heures.

Il est bon, tant pour éviter la suggestion que pour ne pas éveiller la répugnance chez certaines femmes, de ne donner au malades aucune explication touchant la nature du produit qui leur est administré.

L'ovarine est la préparation de choix. Jayle y a actuellement recours presque exclusivement.

La médication ovarienne est très facilement supportée, et personne n'a encore signalé d'accidents semblables à ceux que provoque l'opothérapie thyroïdienne.

Il a vu cependant un zona survenir après l'absorption de 10 cachets d'ovarine, à la dose de 125 milligrammes par jour. Il s'est probablement agi d'une simple coïncidence.

C'est principalement contre les troubles consécutifs à la castration qu'a été essayée l'opothérapie ovarienne. Les troubles vasomoteurs sont particulièrement amendés ; les phénomènes nerveux, à proprement parler, sont peu modifiés sous l'influence de cette médication.

Contre la neurasthénie et les différents états neurasthéniformes que l'on rencontre parfois chez les castrées, on n'a jamais obtenu de succès par l'opothérapie ovarienne. Au contraire, les bouffées de chaleur et les inconvénients qui en dérivent sont, la plupart du temps, rapidement améliorés. Chez les femmes âgées, il y a eu cependant quelques insuccès.

L'indication de l'opothérapie ovarienne contre les troubles de la ménopause naturelle a été posée dès le début des essais de cette médication. De nombreux cas ont été publiés par Muret, Mond, Jacobs, mais les observations de ces auteurs sont sommaires et n'ont pas, pour la plupart, le contrôle du temps. Jayle a prescrit souvent l'ovarine chez des ménopausées mais n'en a pas retiré de résultats brillants.

Des améliorations incontestables sont survenues, mais ces améliorations sont restées transitoires, et presque toutes les malades ont renoncé à un traitement trop long et trop dispendieux pour les résultats qu'il donnait. Dans trois observations que Jayle a faites le résultat a été parfait d'abord, puis nul ensuite ; dans la seconde, il y a eu amélioration, dans la troisième, succès complet.

Conclusions. — De l'étude des observations de Jayle dont la plupart ont trait à des malades longuement et minutieusement suivies, il ressort les conclusions suivantes :

1° L'opothérapie ovarienne est une médication sans dangers.

2° Dans la ménopause artificielle post-opératoire, elle agit surtout contre les troubles congestifs, et, sous ce rapport, parait supérieure à toutes les autres médications employées jusqu'ici. Elle n'a que peu d'action, en général, sur les phénomènes nerveux dont l'amélioration, quand elle se produit, peut être mise sur le compte de la suggestion.

3° Dans la ménopause naturelle, les succès sont moins fréquents; peut-être les doses d'ovarine à donner devraient-elles être augmentées.

4° La médication doit être prescrite toujours à petites doses pour commencer de 0 gr. 10 à 0 gr. 50 par jour ; en cas d'insuccès, on peut essayer des doses massives en ayant soin de surveiller la qualité des préparations employées.

5° Cette médication doit être continuée longtemps, en général ; et, comme une sorte d'accoutumance se produit souvent, il est bon de la sérier par intervalles, en variant les doses par série.

6° L'opothérapie ovarienne peut être suivie d'un échec complet dans certains cas où elle semblait cependant indiquée, sans qu'il soit possible de donner une bonne explication de cette inefficacité.

R. Blondel. — UN CAS D'UTÉRUS BIPARTITUS AYANT DONNÉ L'ILLUSION D'UNE PERFORATION AU COURS D'UN CURETTAGE. (*La Gynécologie*, avril 1898).

Les cas d'utérus bipartitus ne figurent guère dans la littérature médicale qu'à titre de trouvailles d'autopsies ou de laparotomies ; cliniquement, ils ont surtout été envisagés jusqu'ici au point de vue du développement de l'œuf ou du siège d'implantation des myomes. Les observations dans lesquelles la bifidité de l'utérus a pu être constatée au cours d'une métrite sont des plus rares : elles portent plutôt, en général, sur des cas de bipartition complète du canal utéro-vaginal, dans lesquels, à côté d'un vagin d'apparence normale, existait un trajet fistuleux non soupçonné, représentant le second vagin, et dont la présence ne se révéla qu'à l'occasion d'une infection qui en fit le siège d'une inflammation secondaire et distincte.

L'observation qui va suivre m'a mis en présence d'un cas où l'anomalie anatomique était plus difficile encore à prévoir, en même temps qu'elle m'entrainait vers une fausse interprétation, contre laquelle il sera bon, à l'avenir, de se mettre en garde.

Mme X... se présente le 10 avril 1897 à ma clinique, se plaignant de douleurs de ventre, de règles trop abondantes et de pertes vaginales purulentes.

Elle est âgée de 25 ans, mariée depuis deux ans, et n'a jamais eu ni grossesse ni fausse couche.

Réglée à 13 ans, elle a toujours eu jusqu'à son mariage des époques assez régulières, modérément abondantes, un peu douloureuses, avec phénomènes congestifs et névralgiques assez marqués. Leucorrée presque permanente.

Les troubles dont elle se plaint ont débuté quelques mois après son mariage et se sont déroulés selon le type classique de l'endométrite blennorragique subaiguë. Elle a souffert modérément dans les flancs et le retentissement péritonéal paraît avoir été minime puisqu'elle ne s'est jamais couchée. Ce qui l'inquiète aujourd'hui, c'est l'abondance croissante de ses règles et ses pertes pu-



rulentes. Elle a eu, au début, de la pollakiurie avec brûlures à la miction, aujourd'hui disparues.

A l'examen, je trouve les signes habituels de l'endométrite et un empâtement peu marqué du cul-de-sac latéral droit. L'hystéromètre révèle une cavité utérine un peu agrandie : l'orifice interne est élargi, et l'instrument le franchit aisément. La curette exploratrice, introduite à son tour, ramène des raclures épaisses, blanches, fongueuses.

La malade, qui est une pauvre femme de ménage, ne pouvant se prêter à un traitement un peu prolongé, accepte le curettage que je lui propose.

Celui-ci est pratiqué le 15 avril, après dilatation extemporanée aux bougies, l'emploi des laminaires préalables n'étant pas possible puisque la malade ne pouvait interrompre son travail.

Le curettage ne présenta rien d'anormal, jusqu'au moment, où fouillant la corne droite avec la petite curette longue, en boucle, de Doléris, pour détacher les fongosités accumulées devant le débouché de la trompe, je sentis la paroi céder et l'instrument, poussé cependant avec la douceur voulue, pénétrer sans difficulté sur une profondeur qui me parut être d'environ deux ou trois centimètres. Le ressaut de la curette avait été tellement brusque que je ne doutai pas un seul instant que je n'eusse provoqué une perforation utérine. Par prudence, j'arrêtai là l'emploi de la curette, et fis passer aussitôt dans l'utérus, avec la sonde à double courant, sous une pression presque nulle, un litre d'eau bouillie salée à 50°, espérant exciter ainsi la contractilité de l'organe.

La malade fut gardée à la clinique et tenue en observation minutieuse : tout fut disposé pour pratiquer l'hystérectomie à la moindre alerte.

En réalité, la malade n'eut pas même de vomissements chloroformiques et se rétablit avec une telle absence de symptômes alarmants d'aucune sorte, que je la fis lever au bout de huit jours et retourner chez elle.

Pendant quelque temps, son état parut excellent ; mais cinq mois après les pertes vaginales reparaissaient et, en novembre, ses règles revenaient avec une telle abondance qu'il fallut à nouveau intervenir.

Je jugeai, au cas où une perforation aurait été produite en avril, que la réparation devait être assez complète pour pouvoir introduire la curette à nouveau dans l'utérus sans risquer d'y rencontrer de point faible.

Le 12 novembre, je fis un nouveau curettage, lent, minutieux, en redoublant de circonspection, bien entendu, quand j'arrivai dans la corne droite.

Tout comme la première fois, ma curette rencontra sur le côté de l'organe, au-dessous de l'angle tubaire, un trou dans lequel elle pénétra sans coup férir pour buter bientôt contre un obstacle qui l'arrêta.

Je songeai aussitôt à la possibilité de l'existence d'un diverticule utérin correspondant soit à une perforation latérale conduisant dans le ligament large, soit à la corne atrophiée d'un utérus bipartitus.

Je plaçai une laminaire dans l'utérus et le lendemain je la remplaçai par une éponge volumineuse. Le troisième jour, je pouvais introduire l'index dans la cavité de l'organe. Je pus constater alors l'existence, sur le côté droit de l'utérus, d'une sorte de bride ou plutôt d'arête dirigée d'avant en arrière, accolée à la paroi, et sous laquelle je pus glisser un hystéromètre qui s'enfonça aisément jusqu'à 3 centimètres de profondeur pour s'arrêter sur une paroi résistante. Je remplaçai cet hystéromètre par une laminaire de même taille. Mais je ne parvins à obtenir qu'une dilatation relativement faible, et n'insistai pas outre mesure, ignorant l'épaisseur de la paroi de ce diverticule. Je pus néanmoins y glisser la curette et ramenai de sa cavité des fragments de muqueuse blancs et plus minces que ceux que donnait le raclage de la grande cavité : j'aurais vivement désiré en faire l'examen, malheureusement ils n'avaient pas été conservés.

L'éclairage de la cavité utérine pratiqué avec le spéculum intra-utérin et la lampe électrique que j'ai fait construire par M. Gaiffe, montra l'existence de l'orifice de la corne sous forme d'une fente allongée peu visible et que, sûrement, on n'aurait pas découvert si l'on n'avait été prévenu et si l'on n'avait eu d'autre procédé d'examen à sa disposition.

La malade se rétablit rapidement et fut définitivement guérie de ses métrorragies et de ses pertes purulentes.

La rareté de l'utérus bipartitus fait que cette simple observation ne saurait avoir une portée bien générale. Il m'a paru intéressant néanmoins de la signaler. Il est à peu près impossible, comme je l'ai dit, de prévoir l'existence d'une semblable disposition : ce n'est donc qu'à l'occasion d'un faux accident semblable à celui qui m'est arrivé que l'on pourra être amené à la constater. Je ne parle pas, bien entendu, de l'utérus légèrement bifurqué, à cornes un peu profondes, que l'on rencontre quelquefois et qui ne présente aucun embarras. J'ai en vue l'*utérus bipartitus* dont une des cornes est développée comme une cavité utérine normale et dont l'autre n'est plus représentée que par un trajet borgne prenant naissance sur le côté, au-dessous de l'angle utérin correspondant, disposition qui crée un accès plus difficile à la trompe de ce côté et une chance de perpétuation de l'inflammation utérine, — quand elle existe, — si l'on ne prend soin de désinfecter cette région. Celle-ci peut constituer, en effet, un dernier refuge pour l'infection, comme le cul-de-sac de l'hypospadias dans la blennorragie uréthrale de l'homme.

Turenne. — ABCÈS DE L'UTÉRUS, ABCÈS DU LIGAMENT LARGE. (*La Gynécologie*, août 1898.)

Dans l'impossibilité de réunir les rares documents probants qui existent dans la littérature gynécologique sur les abcès de l'utérus, et dans le but de contribuer à modifier l'opinion des classiques à ce sujet, je publie l'observation ci-dessous, intéressante à plusieurs points de vue.

Antoinette P., multipare de 43 ans, sans passé génital pathologique. Accouchement à terme le 6 septembre 1897, suivi d'une légère hémorragie.

Quelques heures après, une douleur vive apparaît dans la fosse iliaque gauche, au-dessus de l'arcade crurale, avec irradiations dans la cuisse droite. Dix jours après, sans que la douleur disparût, on constate un écoulement vaginal fétide qui cède rapidement à des injections antiseptiques vaginales.

Dès les premiers jours, il semble avoir existé une fièvre légère (céphalée vespérale, bouffées de chaleur, inappétence).

Un médecin est appelé à ce moment, et, sans examiner la malade, établit un traitement symptomatique (onctions belladonnées, fomentations chaudes, injections vaginales).

Cinq jours après, un autre collègue constate l'existence d'une tumeur latéro-utérine, petite, douloureuse, qui augmente rapidement. Il continue le traitement institué dès le commencement, mais ne formule pas de diagnostic. La température pendant quinze jours oscilla entre 38 et 39°.

Je suis appelé en consultation le 28 octobre.

Je trouve une malade très affaiblie, au teint jaunâtre, émaciée, pouls fébrile (37,8). A un examen rapide, je perçois une tumeur de la grosseur d'un œuf d'autruche, mobile, douloureuse, fluctuante, accessible autant par l'abdomen que par le cul-de-sac vaginal antéro-latéral gauche, déviant l'utérus à droite. La sensibilité abdominale m'empêche de serrer de plus près le diagnostic. *Avec réserves*, je formule le diagnostic d'abcès du ligament large et conseille une intervention immédiate et le transport de la malade à la clinique gynécologique de la Faculté, réservant pour ce moment un examen plus approfondi.

Le 2 novembre j'opère, assisté par le Dr Bottaro, chef de clinique gynécologique, et M. Calcinardi, interne.

L'examen fournit les renseignements suivants : col mou, entr'ouvert, saigne facilement, écoulement jaune gommeux, strié de sang. Corps volumineux, mou, douloureux, 11 centimètres, cavité déviée à droite, assez mobile, descend avec facilité.

A gauche, tumeur bien limitée, de la grosseur d'un œuf d'autruche, accessible au-dessus de l'arcade de Poupard, accessible également par le cul-de-sac antéro-latéral ; ses mouvements se communiquent à l'utérus, dont elle est séparée à peine par un petit sillon dans la région juxta-cervicale : plus haut elle semble former corps avec lui ; fluctuation nette, mobilité de la tumeur ; pas de plastron abdominal, pas d'empâtement des culs-de-sac. La tumeur a plutôt l'apparence d'un kyste du ligament large que d'une tumeur inflammatoire, mais la marche clinique nous fait affirmer le diagnotic *d'abcès du ligament large*.

Opération. — En faisant la dilatation avec les Hegar, malgré la prudence de leur application, un d'eux file brusquement dans la profondeur et donne la sensation d'une perforation de l'utérus. La muqueuse est à peine fongueuse, mais l'utérus est très friable ; il se déchire à la moindre traction de la pince de Museux.

Incision circulaire du vagin sur le col ; la vessie se décolle facilement, le tissu cellulaire vésico-utérin est absolument sain. A mesure que la libération progresse, la tumeur devient plus mobile et plus indépendante de l'utérus ; quand son pôle inférieur est accessible, je ponctionne avec le trocart Laroyenne, puis je fends largement la poche. Une grande quantité de pus jaune, bien lié, sans odeur, s'écoule de la cavité. Lavage de la cavité et exploration digitale qui démontre la texture aréolaire de ses parois.

Redoutant la possibilité d'une perforation utérine, je décide d'achever l'opération par une hystérectomie vaginale, profitant pour cela de l'incision vaginale que je complète sur les côtés avec deux autres perpendiculaires d'un centimètre de longueur.

Je poursuis le décollement en avant et en arrière, ouverture du Douglas ; partout le tissu péri-utérin est absolument sain. La bascule de l'utérus est rendue difficile par la friabilité de son tissu qui rend impossibles les tractions. Hémi-section antérieure. Au niveau de l'isthme, l'incision tombe en plein dans une cavité purulente, pleine d'un liquide gommeux, strié de sang. A mesure que la section avance, de nouvelles cavités sont ouvertes soit avec les ciseaux, soit au moment des tractions. Toutes les cavités sont en



plein tissu utérin, la plus grande occupe le fond de l'organe. Ouverture du cul-de-sac antérieur et bascule de l'utérus. Placement de deux pinces sur les annexes droites, et de trois sur les gauches en dehors de la cavité de l'abcès.

Des deux côtés les annexes sont absolument saines.

Après l'opération, on fait à la malade une injection sous-cutanée de 500 c. c. de sérum artificiel pour relever le cœur qui faiblissait légèrement.

La température ne dépasse pas 37°8 les trois premiers jours ; l'apyrexie fut complète après.

Le 23 novembre, le péritoine était complètement fermé. A la place de l'abcès du ligament large, il restait une petite cavité de la grosseur d'une noix qui bientôt fut comblée.

La malade quitta l'hôpital au commencement de décembre, absolument guérie.

Sans prétendre m'opposer à l'opinion que les classiques ont formulée sur l'existence d'abcès de l'utérus, je crois que le cas que je présente autorise à considérer tout au moins comme exagérée la phrase de Delbet qui, dans le traité de chirurgie (Duplay-Reclus), dit : « Il n'y a peut-être pas un seul cas authentique d'abcès de l'utérus. » Je crois juste de laisser de côté les cas anciens dans lesquels presque toujours il manque des renseignements sur l'état des annexes et vraisemblablement correspondent en majorité à des collections annexielles ou ligamentaires ouvertes dans le parenchyme utérin. Mais je ne doute pas qu'à mesure que les hystérectomies, soit vaginales, soit abdominales, seront moins cantonnées à la pratique hospitalière, sans être fréquents, on trouvera des cas analogues au mien.

Je crois inutile d'insister sur la réalité des abcès dans l'utérus que j'extirpai. Le tissu péri-utérin vésico et recto-utérin était absolument sain et la facilité du décollement le démontrait.

L'intégrité des annexes des deux côtés fut constatée en toute évidence, pièces en main.

Un point plus difficile à interpréter est la façon dont l'infection a pu se produire dans le tissu cellulaire intra-ligamentaire et dans le parenchyme utérin. Je crois cependant pouvoir avancer les conclusions suivantes :

1° Que la virulence de l'agent pathogène doit avoir été peu considérable, étant donnée la faible réaction générale (fièvre légère) et locale (absence de paramétrite, d'adhérences de l'abcès ligamentaire, intégrité des annexes).

2° Que l'infection étant d'abord utérine (lochies fétides), se propageant par les lymphatiques, donna naissance à un abcès ligamentaire, et dans leur trajet intra-utérin à des abcès multiples parenchymateux.

REVUE ANGLAISE

Briggs. — HYSTÉRECTOMIE VAGINALE POUR FIBROMES (Institut med. de Liverpool, 20 janv. 1898. *Brit. med. J.*, 5 fév. 1898.)

Observations détaillées de 13 cas de fibromes, pesant de 9 onces à 2 livres 1/2, enlevés avec l'utérus par la voie vaginale, qu'il considère comme la voie vraiment chirurgicale pour les cas de ce genre. Chez toutes les malades existaient des symptômes graves et déjà anciens. Deux avaient dépassé la ménopause de 2 et 4 ans ; chez 4, existaient des phénomènes graves de compression ; chez 4 autres, une anémie prononcée, suite d'hémorragies ; 1 présentait des douleurs pelviennes que n'avaient pu calmer ni le repos prolongé, ni les moyens médicaux ; 1 avait eu de la péritonite et une apoplexie de l'ovaire ; 1 avait depuis 2 mois des élévations vespérales de température dues au sphacèle de son fibrome. Toutes s'avouent guéries. 10 ont conservé leurs annexes saines ; chez trois, elles ont été enlevées d'un côté.

Gemmell considère l'opération comme justifiée dans un certain nombre de cas ; cependant, il admet difficilement que ce soit un légitime procédé chirurgical que d'enlever un organe parce qu'il est le siège d'une tumeur. La méthode de section médiane et de morcellement en V, de Doyen, lui semble la meilleure.

James Oliver. — QUELQUES CAS DE SUPPURATION PELVIENNE. (*Brit. med. J.*, 19 fév. 1898.)

I. *Abcès de l'ovaire ; début des symptômes 1 mois après l'accouchement, opération, guérison.* — Femme de 28 ans, IIIpare : retour de couches 2 mois 1/2 après l'accouchement, d'abondance excessive, puis 1 menstruation normale. Un mois après l'accouchement, douleur vive, hypogastrique et sacrée, avec rétention d'urine pendant 24 heures depuis, la miction est toujours douloureuse et les douleurs pelviennes persistent depuis 3 mois. *Examen* : matité vague dans la fosse iliaque gauche : col haut, dirigé en arrière ; corps utérin dévié à droite et augmenté ; l'examen bi-manuel révèle une tuméfaction juxta-utérine de consistance ferme. Pas de fièvre. *Opération.* La tumeur, constituée par l'ovaire, du volume d'un œuf de poule, était adhérente à la surface postérieure du ligament large et fusionnée avec la trompe. A la section, poche de pus crémeux et stérile.

La malade semblait bien relevée de sa couche lorsque, un mois après, elle fut prise de douleurs assez brusques : elle ne semble pas avoir eu de frisson initial et n'avait pas de température au moment de l'opération.

II. *Suppuration tuberculeuse* (?) *de la trompe gauche : opération, guérison.* — Nullipare de 28 ans : règles normales depuis les 3 années de son mariage. Il y a 8 mois, pendant une période menstruelle, apparition brusque d'une vive douleur hypogastrique qui se prolonge, plus ou moins violente, pendant 7 jours, puis s'apaise. Dès lors, amaigrissement, douleurs irrégulières et apparition d'une tuméfaction inféro-abdominale croissante. *Examen* : Malade émaciée, tuméfaction hypogastrique médiane, globuleuse et kystique, refoulant la paroi abdominale antérieure, et remontant jusqu'à 1 p. 1/2 de l'ombilic. Par le vagin, col dirigé à droite, voûte vaginale refoulée en avant et à gauche, corps utérin dévié à droite et juxtaposé à la tumeur. Température 100°. *Opération* : A l'ouverture, tumeur tendue en avant et à gauche de l'utérus, adhérente à la paroi abdominale : après rupture de ces adhérences, ponction qui donne environ 1/2 litre de pus crémeux : l'intérieur de la cavité est d'aspect tuberculeux. Les adhérences pelviennes ne permettent pas l'énucléation de la poche, qui est suturée à la paroi et drainée. L'ovaire gauche, très bas, est adhérent aux parois de la tumeur. On trouve des bacilles dans le pus et la paroi.

III. *Suppuration d'un kyste ovarique ; épaississement inflammatoire des parois ; opération, guérison.* — Femme de 42 ans : un seul enfant de 21 ans. Menstruation régulière, mais aménorrée depuis 2 mois. Depuis 2 ans, augmentation du volume du ventre. Il y a 2 mois, crise douloureuse soudaine avec nausées et élévation de température pendant 15 jours. *Examen* : Abdomen proéminent occupé par une tumeur médiane globuleuse s'élevant à 8 p. 1/2 au-dessus du pubis, solide dans les 2/3 inférieurs, liquide à sa partie supérieure.

Par le vagin, col central, voûte vaginale refoulée à gauche et en arrière, corps utérin dirigé en arrière : la tumeur est fixée et semble faire corps avec l'utérus. Pas de fièvre. *Opération* : La tumeur est étroitement fixée à la paroi dans les 3/4 de sa surface antérieure par un tissu fibreux dense, d'1 p. 1/2 d'épaisseur. L'épiploon, très épaissi, adhère en haut et en arrière. Ablation complète de la tumeur qui est un kyste, à parois solides, de l'ovaire gauche et rempli de pus fétide.

Balfour Marshall. — SARCOME MÉLANIQUE DU CLITORIS. (Soc. obst. et gynéc. de Glasgow, 22 décembre 1897. (*Brit. Méd. J.*, 19 février 1898.)

Femme de 57 ans, ménopause à 45. Premiers symptômes, 4 mois avant, consistait en irritation de la partie antérieure de la vulve et apparition d'une petite tumeur du volume d'un gros pois. Au moment de l'opération, tumeur grosse comme une noix, envahissant la petite lèvre, mais sans pénétrer profondément : deux petits nodules adventices ; léger engorgement des ganglions inguinaux : pigmentation des tissus voisins. Opération relativement facile.

Le sarcome de la vulve est très rare : l'auteur n'a pu réunir que 19 cas, dont 13 mélaniques, et 2 seulement à point de départ clitoridien. Le sarcome mélanique marche rapidement ; d'une malignité extrême, il envahit les lymphatiques et produit au loin des métastases.

L'opération est peu satisfaisante : la cure n'a été obtenue que 2 fois, on a prétendu qu'il n'atteignait guère que les Femmes jeunes, mais à une exception près, ces cas ont été observés entre 40 et 70 ans.

Quant à son origine, Veit pense qu'il provient d'un nœvus pigmentaire, tandis que Taylor dit qu'il commence par un dépôt pourpre dans les couches profondes de la muqueuse, lequel devient nodulaire et se transforme rapidement en tumeur maligne. Le spécimen de Marshall montre ces trois conditions : dépôts pigmentaires, petits nodules, et tumeur fongoïde légèrement lobulée.

St. BONNET.

Tout ouvrage dont il sera envoyé deux exemplaires sera annoncé et analysé s'il y a lieu.

R. PICHEVIN, *Directeur-Gérant.*

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE DAIX FRÈRES.
Maison spéciale pour Journaux et Revues.



SOMMAIRE

DE LA CYSTOPEXIE

Par M. THÉVENOT, de Lyon,

Interne des hôpitaux, Prosecteur à la Faculté.

Le traitement chirurgical de la cystocèle subit depuis quelques années une évolution bien particulière. Pendant longtemps, les chirurgiens n'eurent d'autre but que d'intervenir sur la paroi antérieure du vagin, de la raccourcir pour empêcher que la vessie ne la déprimât, de même que l'on résèque une partie de la paroi abdominale pour combattre l'éventration. Souvent, malheureusement, la laxité des tissus laissait s'enfoncer la cicatrice sous le poids de la vessie et se reproduire la cystocèle.

Plus récemment la pratique de l'hystéropexie a suggéré à quelques chirurgiens l'idée de combattre le prolapsus vésical de la même façon que le prolapsus utérin en fixant la vessie à la paroi abdominale antérieure.

Cette méthode a été signalée pour la première fois en 1890. De Vlaccoz, Dumoret et Tuffier en présentèrent quelques cas à la Société de chirurgie. Depuis lors, il n'en est plus fait mention dans la littérature médicale ; les observations nouvelles que nous avons pu trouver ont été recueillies par nous dans le service de M. le Professeur Laroyenne.

Les procédés opératoires, variables suivant les chirurgiens, peuvent être rangés dans deux groupes différents, suivant que l'on emploie la voie extra-péritonéale ou la voie intra-péritonéale.

Tuffier, qui le premier pratiqua systématiquement la cystopexie (15 mars 1889), incise la paroi abdominale et se porte sur la vessie comme s'il voulait pratiquer la cystotomie. Il décolle le péritoine et libère la face antérieure de la vessie qu'il fixe ensuite à la paroi abdominale antérieure. Il détermine ainsi la formation de tissu cicatriciel et d'adhérences vasculaires qui maintiennent la vessie dans sa nouvelle position.

MM. de Vlaccoz, Dumoret, et Laroyenne préfèrent la méthode intra-péritonéale.

M. de Vlaccoz aborde la vessie par une incision abdominale de 6 centimètres, entre les lèvres de laquelle vient bomber la vessie distendue. Il la fixe ensuite aux lèvres de la paroi abdominale (la peau exceptée) par des fils dont les deux extrémités traversent cette paroi, tandis que leur partie moyenne est située dans l'épaisseur de la tunique musculeuse de la vessie.

Le procédé de M. Dumoret diffère du précédent en ce que les fils de suture sont passés seulement au-dessous du péritoine vésical au lieu de s'engager dans la tunique sous-jacente.

M. Laroyenne commence par dilater suffisamment l'urèthre pour permettre l'introduction du doigt dans la vessie ; il aborde celle-ci par une courte incision sus-pubienne qui n'est souvent que la continuation de l'incision de l'hystéropexie. Le doigt introduit dans la vessie amène l'organe dans les lèvres de la plaie abdominale. Il place alors deux broches rectilignes (celles qu'il emploie pour fixer l'utérus) qui traversent l'aponévrose abdominale et le péritoine pariétal, cheminent dans l'épaisseur des parois vésicales en pleine couche musculeuse et s'engagent à nouveau dans la paroi abdominale. Il ne reste plus qu'à les armer d'un fil et à les retirer. Deux ou trois fils sont ainsi placés.

Le petit nombre d'observations ne permet pas de se faire une opinion exacte de la valeur de ces différentes méthodes. La voie extra-péritonéale paraît inférieure à la voie intra-péritonéale. Il est en effet bien difficile d'obtenir, dans le tissu cellulaire rétro-pubien, des adhérences cicatricielles aussi solides que les adhérences péritonéales. D'autre part, on n'agit que sur la face antérieure de la vessie. On doit avoir de la peine, s'il n'y a pas en même temps fixation de l'utérus, à maintenir réduite la cystocèle qui réclame surtout une traction sur la face postérieure de la vessie.

La voie intra-péritonéale permet d'élever davantage la vessie et surtout de placer les fils sur une plus grande étendue. Cette manœuvre est beaucoup favorisée par l'introduction d'un corps étranger dans la vessie. Le doigt intra-vésical vient butter contre la face postérieure de cet organe et lorsqu'on le fléchit pour l'amener dans les lèvres de l'incision abdominale on applique contre le péritoine pariétal non seulement le sommet de la vessie, mais toute la partie de la face postérieure située au-dessus du point que le doigt est venu heurter.

Il en résulte (comme nous avons pu nous en rendre compte, soit à l'amphithéâtre, soit dans les opérations auxquelles nous avons assisté), que, dans une vessie ainsi fixée, le point culminant répond non pas au sommet de la vessie, mais à un point situé plus ou moins loin sur sa face postérieure.

Cette méthode a sans doute un inconvénient, c'est de nécessiter la dilatation de l'urèthre. L'urèthre revient très vite sur lui-même, à ce point que le second jour les malades souvent ne perdent plus leurs urines ; et ce qu'il y a lieu de redouter, ce n'est pas l'incontinence d'urine, mais l'infection possible de la vessie.

Ces inconvénients sont compensés par des avantages sérieux.

Nous avons vu que la vessie se trouvait portée en bonne position au moment du passage des fils. Il est vrai que rien n'est plus facile que de saisir la vessie dans la cavité péritonéale soit avec des pinces, soit mieux avec les doigts et de venir l'étaler derrière l'incision de la paroi abdominale.

D'autre part, le doigt dans la vessie permet de faire un toucher bimanuel (un doigt intra-vésical, un doigt intra-péritonéal) et d'apprécier ainsi l'épaisseur des parois vésicales, ce qui est un renseignement des plus précieux.

Enfin, grâce à lui, nous suivons la marche de l'aiguille dans l'intérieur des parois vésicales et nous ne craignons pas de voir la pointe s'égarer dans la cavité vésicale. Ces renseignements ne peuvent être fournis que par le doigt ; et cela ne nous permet pas de le remplacer par une tige rigide quelconque, un gros hystéromètre par exemple, pénétrant dans la vessie sans nécessiter la dilatation de l'urèthre.

J'en aurai fini avec l'étude des procédés opératoires quand j'aurai rappelé la possibilité de soulever la vessie en raccourcissant l'ouraque. Cette idée n'a pas donné les résultats que l'on pouvait en attendre. L'ouraque, surtout avec les progrès de l'âge, se désagrège en un certain nombre de filaments qu'il est parfois difficile de reconnaitre au milieu du tissu adipeux et dont le raccourcissement ne donnerait pas un résultat favorable. Aussi ne faut-il voir là qu'un procédé d'exception, un adjuvant de la cystopexie.

Telles sont les méthodes opératoires. Il nous resterait à étudier les résultats qu'elles ont donnés, mais les observations sont trop peu nombreuses et trop récentes pour que l'on puisse juger la question d'une façon presque définitive.

Les résultats immédiats ont été excellents. Tuffier (*Annales de Gynécologie*, juillet 1890) déclare cette opération logique, inoffensive et efficace. Les quelques cas que nous avons pu observer dans le service de M. Laroyenne confirment cette opinion. Malgré la dilatation de l'urèthre, les malades ne perdent guère leurs urines pendant plus de 24 heures, et il faut ensuite les cathétériser. Elles ont eu pendant quelques jours des besoins fréquents d'uriner, dus à l'irritation causée par le doigt dans l'intérieur de la vessie et qui cessent rapidement par des lavages au nitrate d'argent. La miction redevient alors normale.

Il reste à savoir ce que deviendront les opérées. Nous n'avons à ajouter aux observations anciennes que des cas trop récents et il faut attendre encore quelques années pour pouvoir se prononcer ; mais le succès des tentatives doit encourager le chirurgien dans la cystopexie.

En tout cas, dans l'examen de ces résultats, il y a lieu de distinguer deux cas : ceux où la cystopexie a été pratiquée seule et ceux où elle accompagne l'hystéropexie. Cette dernière opération contribue puissamment à fixer la paroi postérieure de la vessie et suffit souvent à réduire la cystocèle sans que la cystopexie soit nécessaire. On doit donc s'attendre à obtenir bien plus facilement une réduction parfaite du prolapsus vésical si les deux opérations sont pratiquées simultanément.

En rapportant ici les observations que nous avons recueillies dans le service de M. Lavoyenne, nous avons cru devoir les faire précéder d'un résumé des observations antérieures.

Observations de de Vlaccoz.

Obs. I.— Femme de 36 ans, cystocèle vaginale simple, avec douleurs et troubles de la miction.

La vessie distendue est fixée à la paroi abdominale par deux fils qui s'engagent dans sa tunique musculeuse.

Suites simples, sans température. Cathétérisme pendant les 6 premiers jours.

6 mois après l'opération, la réduction de la cystocèle et la disparition des douleurs persistaient encore.

Obs. II. —Nouvelle malade opérée peu après, pour une cystocèle vaginale simple.

Même procédé opératoire. Bon résultat immédiat.

Observation de Dumoret.

Obs. III.— Femme de 48 ans, Cystocèle avec prolapsus utérin : Douleurs, troubles de la miction ; cystocèle ayant le volume d'une tête de fœtus.

Vessie distendue. Onze fils fixent la séreuse vésicale au péritoine abdominal.

Suites opératoires simples.

Opérée le 16 décembre 1889, la malade fut, le 23, atteinte de broncho-pneumonie gauche et mourut le 26.

L'autopsie montra l'intégrité du péritoine et la formation des adhérences entre la vessie et la paroi abdominale antérieure.

Il persistait un léger prolapsus vésical qui ne disparaissait complètement qu'en tirant sur l'utérus comme si l'on avait pratiqué l'hystéropexie.

Observations de Tuffier.

Obs. IV.— Femme de 49 ans, cystocèle volumineuse, avec prolapsus utérin.

L'hystéropexie (octobre 1888) réduit l'utérus ; la cystocèle persiste.

Cystopexie le 15 mars 1889 ; vessie distendue ; opération sous-péritonéale ; quatre fils de catgut fixent la face latérale gauche de la vessie à la paroi abdominale ; quatre autres fils fixent la face latérale droite.

Suites simples. Pendant 7 jours, cathétérisme toutes les trois heures.

La malade sort guérie au bout de 15 jours.

En octobre 1889, la vessie est restée fixée, une légère saillie de l'urèthre et de la partie voisine de la vessie nécessitent une petite élytrorraphie antérieure.

La malade est revue en mars 1890, guérie.

Obs. V.— Tuffier, en 1890, avait fait une autre cystopexie et par le même procédé ; le cas étant trop récent, il n'a pas relaté l'observation.

Observations recueillies à la clinique du professeur Laroyenne.

Obs. VI.— M.... Marie, 61 ans, religieuse, entre le 30 janvier 1898, salle Sainte-Thérèse pour une cystocèle dont elle souffre depuis le mois de mars 1897. Une bronchite violente et un travail pénible ont hâté l'apparition de ces accidents. L'application d'un pessaire n'amena aucune amélioration.

La malade se présente souffrant beaucoup de la vessie qui rejette un peu de pus à la fin de la miction ; les besoins d'uriner sont très fréquents, se succédant souvent pendant la nuit à une demi-heure d'intervalle ; parfois même, et en dehors des efforts de toux, la malade perd ses urines.

Cette situation intolérable a retenti sur l'état général, s'accompagnant de pertes des forces et de troubles digestifs.

La cystocèle est très prononcée et la vessie, dans les efforts, fait hernie à travers l'orifice vulvaire. Il n'y a pas de rectocèle, ni de prolapsus utérin.

La malade est opérée le 7 février par M. Laroyenne et suivant son procédé. Deux fils sont placés pour maintenir la vessie. Réunion immédiate de la plaie. Pansement à la gaze iodoformée.

La malade est cathétérisée pendant un jour 1/2, puis elle urine seule. Les mictions sont au début assez fréquentes (une miction toutes les heures) et l'urèthre laisse suinter un peu d'urine. Les mictions deviennent ensuite de plus en plus espacées, grâce à des lavages au nitrate d'argent au 1/1000.

Le 8 mars, c'est-à-dire un mois après l'opération, les désordres urinaires ont disparu ; la malade n'urine que 5 ou 6 fois par 24 heures ; elle perd encore un peu ses urines dans les efforts violents.

Les troubles digestifs ont cessé, les forces sont revenues.

Le 17 mars, la malade guérie et ne perdant plus ses urines quitte le service.

La cystocèle est réduite, mais la vessie fait pendant les efforts une légère saillie qui disparaît avec eux.

Obs. VII.— T.... Antoinette, 59 ans, entre salle Sainte-Thérèse, nº 15, le 27 février 1898. Elle a eu deux grossesses et les accidents qu'elle présente remontent à son dernier accouchement (1873). Elle commença alors à souffrir d'un prolapsus utérin qu'il était difficile de maintenir réduit, la malade ayant une déchirure périnéale étendue.

Le prolapsus alla s'accentuant ; depuis trois ans il est complet et s'accompagne de cystocèle. Il y a deux mois, apparurent des douleurs et des troubles de la miction qui furent suivis de cystite. Les mictions sont devenues très fréquentes, impérieuses et parfois la malade perd ses urines.

Le 28 février 1898, M. Laroyenne pratique l'hystéropexie, la cystopexie et la périnéorraphie. La vessie est fixée par trois fils. Les suites de l'opération furent des plus simples.

Pendant les deux premiers jours, il fut nécessaire de sonder la malade toutes les deux heures, après quoi elle urina seule. Des lavages au nitrate d'argent firent disparaître rapidement cette fréquence de la miction.

Malgré la dilatation de l'urèthre pratiquée au cours de l'opération, la malade n'a jamais perdu ses urines dans le décubitus dorsal.

Lorsqu'elle se levait, elle eut, pendant les premiers jours qui survirent son opération, un peu d'incontinence.

La malade quitte le service le 21 mars 1890, ne perdant plus ses urines, urinant trois ou quatre fois pendant le jour, et une fois dans la nuit.

La cystocèle est réduite et ne réapparait même pas pendant les efforts. La fixation de l'utérus contribue d'ailleurs au maintien de la vessie.

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE

Par F. Labadie-Lagrave, *médecin de la Charité*,

et F. Legueu, *chirurgien des hôpitaux, professeur agrégé.*

(*Suite et fin.*)

Permanganate de potasse. — L'action emménagogue du permanganate de potasse a été mise en évidence par les observations de W. Stephenson professeur à l'Université d'Aberdeen, qui a relevé, dans l'espace de trois ans, 105 cas dans lesquels cette substance a donné des résultats certains. Le médicament était administré sous forme de pilules de 10 centigrammes, jusqu'à 6 pilules par jour, après les repas. Quelques malades ont suivi le traitement pendant deux ou trois mois. L'action avantageuse du permanganate sur l'aménorrée ne serait pas douteuse. Voici d'ailleurs les résultats obtenus par W. Stephenson. Sur 22 cas d'aménorrée primitive, la menstruation a été rétablie dans 12 ; dans 2 cas, le résultat ne fut que temporaire ; dans 8 il fut complètement nul. Sur 10 cas d'aménorrée primitive ou de menstruation défectueuse, les résultats furent excellents dans 6. Le médicament sembla raccourcir les périodes intermenstruelles dans 5 cas sur 12, dans lesquels il y avait de longs retards.

Dans 18 cas, les souffrances qui accompagnaient la dysménorrée étaient notablement calmées.

Une autre propriété du permanganate est d'avoir une action notable sur la leucorrée, mais dans quelques cas, les résultats ne se montrent qu'après une première période menstruelle.

Dans la plupart des cas, la céphalalgie liée à la menstruation ou aux troubles menstruels a été supprimée ou seulement très diminuée. Le permanganate agit encore, d'après les observations de cet auteur, sur la douleur ovarienne, et offre ici plus de garantie que dans le traitement de la leucorrée. Le même médicament agit encore pour modérer une menstruation trop abondante : on pourrait donc le considérer comme un régulateur de cette fonction.

Son action est due à la modification de l'état constitutionnel qui donne lieu aux troubles menstruels. W. Stephenson pense que le manganèse agit sur le système vaso-moteur comme tonique. Chez les jeunes filles dont la circulation est languissante, les extrémités et la face légèrement bleuâtre et qui sans être anémiques, sont apathiques, le permanganate augmenterait l'énergie, stimulerait la circulation et ferait baisser le poids corporel en soustrayant de l'eau au sang. L'influence favorable sur la régulation des menstrues témoigne encore d'une action sur le système nerveux.

En résumé, le permanganate de potasse semble agir surtout sur les centres vaso-moteurs qui commandent la circulation de l'appareil génital.

Aloès. — Parmi ses différentes propriétés, l'aloès possède, entre autres, celle de congestionner le rectum et les vaisseaux hémorroïdaux et, en général, tous les vaisseaux du petit bassin et par conséquent de l'utérus et des ovaires. La vertu emménagogue est connue depuis longtemps.

L'aloès sera donc indiquée dans tous les cas où l'aménorrée est liée à un état anémique de l'appareil utéro-ovarien ou à une fluxion viscérale, à la congestion du foie, du poumon, etc.

La chlorose est très souvent accompagnée d'aménorrée et de constipation ; dans ces cas, l'aloès à petites doses aura le double avantage de jouer un rôle de laxatif et de ramener la fluxion dans l'appareil utéro-ovarien.

De même l'aménorrée accompagne souvent une affection viscérale chronique, la tuberculose pulmonaire par exemple. Dans ces cas l'aloès peut rétablir, au moins temporairement, les règles. Mais on peut se demander si cette action offre, en fin de compte, un résultat utile, et si, en ramenant le flux périodique, on n'exagère pas l'anémie des malades, et, d'un autre côté, si la fluxion opérée dans ce petit bassin, fluxion suivie du rétablissement des règles, supprime ou même diminue la fluxion pulmonaire entretenue par la présence des foyers tuberculeux.

Quant à l'action attribuée à l'aloès sur la contractilité utérine, elle est nulle, en tout cas elle n'est pas directe. Mais il se peut qu'une violente irritation déterminée sur le gros intestin produise à distance une excitation plus ou moins vive de l'utérus. Ainsi s'explique l'erreur qui consiste à faire de l'aloès un ecbolique.

L'aloès employé comme emménagogue a été prescrit avec succès sous forme de pilules contenant : aloès 4 grammes ; myrrhe 2 grammes ; safran 1 gramme ; pour des pilules de 20 centigrammes. Il ne s'agit d'ailleurs ici, comme dans bien d'autres cas, que d'un traitement symptomatique dont les effets ne peuvent être durables qu'en tenant compte des causes de l'aménorrée.

Hydrastis canadensis. — On retire de l'hydrastis canadensis différents principes actifs qui ne sont pas encore parfaitement déterminés.

Le premier observateur qui chercha à déterminer la composition chimique de cette plante vivace fut Alfred Burnand, de Philadelphie.

Il y reconnut, entre autres, un corps particulier azoté, cristallisable, pour lequel il proposa provisoirement le nom d'hydrastine, supposant qu'il s'agissait d'un alcaloïde que Disone Perrins, de Londres, a obtenu plus tard à l'état de pureté.

Outre ce principe, l'hydrastis contient, d'après les recherches de Rafinesque, Kemp, Fleitmann, un autre alcaloïde appelé berbérine, qu'on retrouve aussi dans beaucoup d'autres plantes.

L'étude physiologique du médicament a été faite par Fellner, dans le laboratoire du professeur Bach, de Vienne.

Cet auteur a démontré que la solution de phosphate de berbérine à 1/100e et la solution de chlorhydrate d'hydrastine au 1/10e déterminent des effets sensibles identiques.

Introduite chez l'Animal en injections sous-cutanées, cette substance fait passer l'intestin par des alternatives de rougeur et de pâleur. Les contractions du cœur deviennent plus faibles, se ralentissent d'abord pour devenir arythmiques, si on augmente la dose. Enfin, on constate des contractions très évidentes dans les vaisseaux et dans les muscles de l'utérus.

Cette action vasculaire en a fait un succédané fort utile de l'ergot de seigle, qu'il peut remplacer avec avantage, surtout dans les cas de métrite blennorragique, de déplacements utérins, avec hémorragie, dans les ménorragies chez les jeunes filles, dans les métrorragies puerpérales, ainsi que dans celles qui accompagnent la périmétrite.

C'est également dans les cas de ménorragies, de règles prolongées, que l'hydrastis donne d'excellents résultats en déterminant la décongestion de l'appareil utéro-ovarien.

Quant à la dose, Schatz a fait prendre 30 gouttes toutes les quatre heures, mais Fellner a observé que les effets de l'hydrastis disparaissent au bout d'une heure ; aussi donne-t-il des doses plus élevées et plus rapprochées, sans avoir observé le moindre inconvénient. Le même auteur a constaté qu'on peut donner jusqu'à 6 grammes de cette substance par la voie stomacale sans inconvénient.

Les doses ordinaires sont de 15 à 20 gouttes de teinture prises trois à quatre fois par jour dans un peu d'eau. Le phosphate de berbérine et le chlorhydrate d'hydrastine ont été employés aux doses de 5 à 8 centigrammes de chaque, par jour.

Parmi les dérivés de l'hysdrastis se trouve :

L'hysdrastinine, étudiée par Falk et formée, comme l'ont vu Freund et Will, de l'hydrastine par oxydation ; celle-ci se dédouble en une base, l'hydrastinine, et un acide, l'acide opianique.

Falk a particulièrement étudié et utilisé les propriétés vasoconstrictives de cette substance.

Dans les hémorragies, l'hydrastinine est très utile lorsqu'on ne constate pas de lésions locales. Dans la dysménorrée congestive, la menstruation s'effectue sous son influence sans phénomènes congestifs, et les règles sont moins longues.

Les résultats sont également bons dans les métrorragies chez les jeunes filles. Dans tous les cas que Falk a observés, la menstruation se produisait tous les quinze jours ; l'hydrastinine abrégea la durée de la menstruation et augmenta les intervalles qui comprenaient cinq semaines à cinq semaines et demie.

Karl Abel a vu des résultats favorables seulement après les injections sous-cutanées d'hydrastinine. Celles ci, employées comme préventives, sont faites de une à quatre fois par semaine à la dose de 5 à 10 centigrammes ; mais pendant l'hémorragie on injecte chaque jour 10 centigrammes.

Abel a trouvé que l'hydrastinine, longtemps employée, agit aussi bien dans les hémorragies avec lésion (endométrite, métrite), que dans les hémorragies dans lesquelles on ne trouve aucune lésion et dans les hémorragies congestives pendant la grossesse. Dans trois cas de myome utérin, l'action favorable n'a pas été meilleure qu'avec le traitement ergoté.

Viburnum prunifolium. — Ce médicament a été introduit dans la thérapeutique par un médecin américain, Phares, qui lui a reconnu des propriétés astringentes, diurétiques, toniques et antispasmodiques. Le premier, il a insisté sur l'utilité de son emploi pour combattre les dysménorrées et comme préventif dans les avortements. En France, il a surtout été étudié par M. Auvard et par Monclar, qui en a fait le sujet de sa thèse.

On emploie l'écorce de cette espèce de viburnum ; il est connu surtout comme médicament utérin, mais même sous ce rapport les opinions sont un peu contradictoires ; et si sa caractéristique thérapeutique réside dans la sédation qu'il apporte au système utéro-ovarien, on lui reconnaît aussi d'autres propriétés. Jenks et Phares ont reconnu en lui un tonique de l'utérus, tandis que pour Paynes ce viburnum n'agit qu'en modifiant l'innervation spinale.

Le viburnum prunifolium a été employé, à titre de sédatif utérin, en vue de calmer les douleurs de la dysménorrée membraneuse toutes les fois que celle-ci ne reconnait pas quelque obstacle mécanique pour cause.

Bates et Jenks ont employé avec succès cette plante pour combattre les métrorragies de la ménopause.

Son emploi parait surtout indiqué dans les douleurs qui résultent de la contraction des fibres lisses. C'est en effet dans les tranchées utérines, dans les coliques intestinales, que le viburnum parait avoir fourni les meilleurs résultats.

C'est à ce titre qu'on a pu le substituer à l'opium pour prévenir l'avortement et combattre l'irritabilité du muscle utérin dans les fausses couches imminentes.



De même le viburnum a été employé avec succès pour combattre les tranchées utérines consécutives à l'accouchement, alors que ces contractions douloureuses ne dépendent pas de la rétention de caillots ou membranes.

Pour Schatz, le viburnum réduit ou supprime les contractions utérines qui surviennent si facilement chez les Femmes qui ont eu des fausses couches antérieures. Il recommande seulement d'employer régulièrement ce remède pendant plusieurs mois à la dose de 2 à 3 grammes d'extrait sec par jour. Schatz incline à croire que le viburnum agit en excitant les centres inhibiteurs de l'utérus plutôt qu'en déprimant les centres moteurs de cet organe.

Trois préparations surtout sont employées : l'extrait fluide, l'extrait mou et la teinture.

Auvard a expérimenté surtout la teinture qui peut être donnée à la dose de 100 à 150 gouttes en vingt-quatre heures.

Le principe actif paraît être la viburnine, qui a été découverte par Van Hallen, mais qui ne paraît pas avoir été expérimentée. Les indications de son emploi dans l'avortement sont les mêmes que dans la prophylaxie de l'avortement.

Suivant Auvard, on ne doit pas employer le viburnum dans les cas suivants :

Lorsqu'il y a eu rupture des membranes. On peut cependant l'employer lorsqu'au sixième ou au septième mois d'une grossesse on a des chances, malgré la rupture des membranes, de pouvoir éviter l'avortement.

Si le fœtus est mort.

Si l'avortement est en pleine voie.

On doit, par contre, le prescrire lorsque la mère souffre d'une maladie qui contre-indique tout retard dans l'accouchement. Enfin, on ne le donnera pas pour les tranchées utérines tant que l'utérus ne sera pas complètement vide.

Le viburnum a l'avantage sur l'opium de n'être pas toxique et de ne pas constiper.

Piscidia. — On attribue à la piscidia des propriétés hypnotiques très manifestes. Toutefois la piscidia serait surtout un analgésique ; la suppression de la douleur expliquerait la production du sommeil.

La piscidia agirait surtout sur le système nerveux central, sur les centres gris bulbaires et médullaires. De là les troubles cardiaques et pulmonaires et l'exagération des réflexes. Il importe cependant de faire remarquer combien est incomplète cette expérimentation qui est muette précisément sur les propriétés narcotiques ou sédatives qui ont fait utiliser la plante.

La piscidia, en effet, a été utilisée en raison de ses propriétés calmantes dans tous les états d'éréthisme nerveux compliquant les diverses maladies organiques. C'est à ce titre qu'elle a pu rendre des services dans les troubles nerveux accompagnant les maladies de l'appareil utéro-ovarien, ou la dysménorrée.

La piscidia a donné de bons résultats dans la névralgie, même dans les névralgies faciales, qui ont pour origine la carie dentaire. Dans les névralgies lombo-abdominales, la piscidia a été associée par Huchard au viburnum.

On lui reconnaît comme principal avantage de ne pas causer de troubles gastriques comme l'opium. La poudre se prescrit à la dose de 2 à 4 grammes par jour en deux ou trois doses dans la journée.

L'extrait fluide se donne à la dose de 2 à 6 grammes dans du sirop.

La teinture alcoolique, préparée au cinquième, s'administre dans une potion à la dose de 40 à 50 gouttes par jour.

Belladone. — Cannabis indica. — J. W. Parlow a appelé l'attention, en 1839, sur les services que peut rendre l'absorption rectale dans diverses maladies des organes pelviens. L'avantage de cette méthode de traitement se trouve surtout dans le fait que les médicaments sont mieux retenus par le rectum que par le vagin. La *belladone* et le chanvre indien exercent une action sédative très notable sur l'utérus lorsqu'ils sont introduits par le rectum. D'ailleurs, ces médicaments déterminent plutôt l'exonération que la constipation.

Dans les affections pelviennes, le *cannabis indica* possède une action sédative comparable à celle de la belladone. Il se trouve indiqué dans les affections douloureuses des ovaires et des organes du petit bassin. En outre, il permet de combattre efficacement les troubles nerveux et notamment la céphalalgie qui relèvent des affections pelviennes chez la femme.

A l'âge de la puberté, la menstruation est très souvent douloureuse ; il existe des troubles variés du côté des organes du petit bassin et il n'est pas très rare de voir les premières règles être suivies de troubles nerveux et de symptômes d'affaiblissement. On parvient à diminuer les hémorragies, la faiblesse, en diminuant également les symptômes utérins pénibles. Cette indication peut être remplie par la belladone et le cannabis que l'on emploie quelques jours avant l'époque présumée des règles.

Les mêmes effets peuvent être obtenus dans les douleurs ovariennes et les troubles divers qui accompagnent la ménopause. Farlow recommande de prescrire 1 à 2 centigrammes d'extrait de belladone et d'extrait de cannabis en suppositoires rectaux dont on se sert seulement la nuit, quelquefois le matin, après avoir vidé le rectum par un lavement. Certains malades ne peuvent pas supporter plus de 5 à 7 milligrammes d'extrait de belladone, même par le rectum.

Opium. — L'opium en gynécologie et en obstétrique répond à deux indications : calmer la douleur, arrêter ou tout au moins modérer les contractions des organes contenant *des fibres* lisses.

1° Les propriétés calmantes de l'opium ont été utilisées dans toutes les affections douloureuses du petit bassin, partout où il y a indication de calmer la douleur. Toutefois, l'emploi des opiacés a trouvé sa place surtout dans les affections dans lesquelles la douleur tient à l'inflammation. Si les affections névralgiques sont momentanément atténuées par les injections de morphine, on aura un mieux plus durable en s'adressant aux analgésiques proprement dits, notamment à l'antipyrine.

2° Comme amyosthénique, l'opium ne rend pas moins de services dans le traitement des affections utérines. Il détermine le repos des organes tout comme le séjour au lit le favorise. Dans les affections dysménorréiques, la contraction est un des facteurs de la douleur, et l'opium réussira ici surtout parce qu'il arrête les contractions douloureuses et l'éréthisme nerveux qui accompagne la menstruation douloureuse. Peut-être aussi ce médicament fait-il cesser la rigidité du col, qui entre pour une certaine part dans la dysménorrée.

Antipyrine. — C'est en décembre 1887 que M. Laget, de Marseille, a fait connaître à la Société de Biologie, les bons effets qu'il a obtenus comme sédatif douloureux de l'administration de l'antipyrine à la dose de 4 grammes pendant la dernière période du travail. Quelques mois plus tard, le 13 mars 1888, M. Queirel, de Marseille, signala les effets des injections d'antipyrine dans les diverses périodes de la parturition. L'auteur employait des injections sous-cutanées de cette substance à la dose de 25 centigrammes. Vingt ou vingt-cinq minutes après ces injections, la douleur était calmée, sans influence fâcheuse sur la marche du travail, ni sur la délivrance.

Dans la suite, Liecki, assistant à Lemberg-Hopital (Gallicie), arriva à cette conclusion que l'antipyrine est un des meilleurs moyens à recommander pour diminuer les douleurs du travail. Il prescrivait ce médicament à l'intérieur à la dose de 1 gramme, répété toutes les deux heures si le besoin s'en faisait sentir. Après chaque dose, les douleurs cessent sans que les contractions soient plus lentes ni moins énergiques.

Les malades, dit M. Auvard qui rapporte cette communication, sentaient seulement les douleurs accompagnant le passage de la tête à travers le canal génital ; mais ces douleurs étaient bien moindres que celles éprouvées aux précédents accouchements.

L'action analgésique de l'antipyrine, dans les accouchements fut essayée avec succès par M. Imbert de la Touche, de Lyon, et par Fauchon, d'Orléans. Ces deux derniers associaient à l'antipyrine une certaine dose de cocaïne. Auvard soumit ensuite cette méthode à l'épreuve et employa pour les injections sous-cutanées, la solution suivante :

Antipyrine	7 gr. 50
Chlorhydrate de cocaïne	0 gr. 10
Eau	20 gr.

Elle renferme un peu moins de 30 centigrammes d'antipyrine par seringue de Pravaz.



Le résultat n'a pas été conforme à son attente et, dans la plupart des observations, les effets notés furent à peu près nuls. L'auteur s'est cru autorisé à formuler les conclusions suivantes :

« 1° Chez certaines Femmes particulièrement impressionnables, l'administration de l'antipyrine, pendant le travail, semble produire un soulagement réel, mais le plus souvent léger, dû soit à l'action propre du médicament, soit plutôt à l'influence morale et suggestive de l'injection hypodermique.

2° Dans la majorité des cas, l'action de l'antipyrine est nulle ;

3° Donc, sans nier les bons résultats qu'on peut exceptionnellement obtenir à l'aide de ce médicament, son heureuse influence sur les douleurs de l'accouchement doit être considérée comme très inconstante et on ne peut en aucune façon le mettre en parallèle avec le chloral ou le chloroforme, dont la puissance anesthésique est aujourd'hui incontestable. »

On a fait enfin remarquer que l'antipyrine employée contre les tranchées utérines avait l'avantage de calmer parfois les douleurs sans empêcher les contractions de se produire.

REVUE ANGLAISE

Halliday Croom. — CATARRHE SÉNILE DE L'UTÉRUS. (Soc. obst. d'Edimbourg, 9 fév. 1898. *Brit. med. J.*, 19 fév. 1898.)

S'observe plus souvent à l'hôpital qu'en ville ; a été décrit sous différentes dénominations, telles que : *endométrite fétide des vieilles Femmes, endométrite post-climactérique, leucorrée des vieilles Femmes*, etc.

Catarrhe sénile de l'utérus répond mieux aux symptômes. Une plus exacte connaissance de ceux-ci préserverait nombre de malades de l'hystérectomie dont l'innocuité relative a porté aux abus. C'est avec le cancer que le diagnostic est le plus délicat. Sexton pense que cette affection survient presque toujours peu de temps après la ménopause, aussi l'appelle-t-il endométrite post-climatérique ; mais elle s'observe souvent plus tard et son diagnostic est d'autant plus difficile :

I. Femme de 70 ans, pâle, jaune, émaciée : écoulement muco-purulent fétide, douleur sacrée constante ; coliques pelviennes, pas d'hémorragies : utérus 2 p. 1/2, rétroversé et mobile. Début depuis 18 mois. Traitement : cathétérisme répété, injections, arsenic : guérison en 3 mois.

II. Femme de 65 ans : leucorrée profuse, parfois teintée de sang et accompagnée de caillots. Douleurs pelviennes et lombaires ; utérus 3 p. 1/2 dur et globuleux. Dilatation, curettage et drainage.

III. 3 ans après la ménopause, subite et profuse hémorragie, sans douleur : col béant et mou, utérus 3 p. 1/2. Dilatation, curettage et drainage.

Ces 3 observations caractérisent, pour l'auteur, les 3 formes de l'affection : 1° Catarrhe fétide sans hémorragie ; 2° leucorrée avec légère hémorragie ; 3° hémorragie comme seul ou principal symptôme. On sait que les hémorragies post-climactériques sont dues : 1° à un début de cancer ; 2° à une recrudescence de fibrome ; 3° à la goutte chez quelques malades, mais alors, elles sont associées à l'endométrite. Les *symptômes* ressemblent beaucoup à ceux du cancer : irritation vaginale, cachexie générale, teint jaune, émaciation, parfois frissons et sueurs nocturnes, signes de septicémie légère. Un signe frappant, c'est que l'écoulement est plus irritant que celui du cancer. L'utérus est légèrement augmenté, plus souvent normal, mais non atrophié ; le cathétérisme est très douloureux. Le curettage explorateur montre des modifications inflammatoires et une dégénérescence granuleuse. Dans le cancer, l'utérus est plus volumineux et moins mobile. Les vraies hémorragies y sont plus fréquentes. Le traitement améliore le catarrhe en 1 ou 2 semaines. Les principaux signes différentiels sont les suivants : 1° La douleur périodique et aiguë est un signe précoce et dominant du cancer : dans le catarrhe elle est irrégulière, sous forme de coliques, ou sinon légère et continue ; 2° L'écoulement fétide est exceptionnel dans le cancer au début, tandis que c'est un symptôme précoce et prédominant du catarrhe sénile ; 3° Dans le cancer, l'utérus est, de bonne heure, augmenté, lourd, sensible et fixé ; dans le catarrhe, il est normal ou à peine augmenté et reste mobile ; 4° La dilatation et l'exploration directe révèlent un néoplasme dans l'un et sont négatives dans l'autre.

Les *causes* du catarrhe sénile sont encore vagues : 1° En général, l'intégrité de l'utérus pendant la vie menstruelle est une garantie l'atrophie physiologique : cependant un fibrome, un déplacement, une inflammation peuvent laisser l'utérus gros après la ménopause ; 2° Tilt a fait observer que le col se contracte, que les sécrétions utérines sont retenues et donnent lieu à des coliques. C'est ainsi que M. Duncan ponctionne itérativement le col pour permettre l'écoulement des liquides dans ces cas.

Le catarrhe sénile n'est pas un prodrome du cancer : ce sont deux conditions très distinctes, et l'auteur n'a jamais vu le cancer succéder au catarrhe. Quant au traitement, il préconise le repos, les injections chaudes, l'arsenic, la térébenthine de Chio, l'application de caustiques, ou, mieux, le curettage suivi du tamponnement et du drainage. Il insiste sur la méconnaissance trop fréquente de cette affection qui conduit à faire pratiquer trop facilement l'hystérectomie dans des cas justiciables de plus simple traitement.

Henry Wilson. — COLPOTOMIE VAGINALE, SES AVANTAGES ET SES RESTRICTIONS. (*Acad. roy. irlandaise*, 11 février 1898. — *Brit. Méd. J.*, 26 février 1898.)

Après avoir décrit la méthode de la colpotomie antérieure, l'auteur en énumère les avantages : facilité d'amener et d'examiner les annexes, de détruire les adhérences des ovaires, d'enlever les trompes et les ovaires ou de les replacer s'ils sont sains. Les petits fibromes sous-péritonéaux peuvent être pédiculés, liés et réséqués, sessiles, être incisés et énucléés ; on peut facilement enlever les petits kystes ovariques et parovariques, ou vider les gros, attirer la poche et lier le pédicule. On ne doit pas faire la vaginofixation de l'utérus rétroversé à moins que ce ne soit après la ménopause ou pour faire une hémostase impossible autrement. Pour les pyosalpinx, on sait que la rupture du sac et l'effusion du pus est un des dangers de la laparotomie : la colpotomie vaginale est plus favorable. Il ne faut pas hésiter à la compléter par l'hystérectomie en cas d'adhérences étroites et anciennes. La *colpotomie postérieure* se prête avantageusement au traitement de l'hématocèle et au drainage des abcès pelviens, des ovaires adhérents et profondément situés dans le Douglas, mais non à celui de la grossesse tubaire rompue.

Deux difficultés cependant sont inhérentes à la colpotomie, l'asepsie du vagin et la saisie du péritoine. La colpotomie est préférable à la méthode de Schultze, pour la rupture des adhérences pelviennes, car elle n'expose pas comme celle-ci aux hémorragies. On ne doit pas l'entreprendre sans être préparé à la laparotomie en cas d'hémorragie incoercible ou d'impossibilité de terminer l'opération par en bas.

Les contre-indications sont : les volumineuses tumeurs dermoïdes, les déformations marquées du bassin, les volumineux kystes de l'ovaire, la grossesse ectopique avancée. Les avantages sont la suppression des risques d'éventration, le moindre choc, l'absence de soif si fréquente après les plus simples laparotomies, la convalescence plus rapide.

Discussion : *W. Kidd.* Il est impossible, dans certains cas, de reconnaître si on a affaire à une simple ou une double salpingite. En ce qui concerne les petits fibromes sous-séreux, qu'on peut reconnaître lorsqu'on a amené l'utérus, il est bien rare que ceux-ci donnent le moindre souci aux malades. Il y a, en outre, de fréquentes adhérences intestinales et s'il arrive qu'en tirant dessus, on lèse l'intestin ou l'appendice, on sera obligé de terminer l'opération par en haut.

A. Smith n'admet pas la colpotomie pour grossesse tubaire rompue, car on ne pourrait, par cette voie, enlever tous les caillots qui parfois remontent jusqu'à l'ombilic : quant aux ovaires prolabés et aux trompes malades, peu importe que, pour les atteindre, on ouvre le ventre par en haut ou par en bas.

Henry Jellett fait ressortir l'utilité de la colpotomie pour le diagnostic pur et simple, comme dans certains cas d'aménorrée où l'examen clinique ne révèle aucune lésion et où il serait intéressant de connaître l'état des ovaires.

Smyly. — Le choix de la direction, antérieure ou postérieure, à donner à la colpotomie dépend du cas particulier, de l'anté- ou de la rétroversion de l'utérus, du siège des lésions. Il donne la préférence au procédé de Mackenrodt sur celui de Dürhssen et n'est pas tout à fait de l'avis de Wilson relativement à la vaginofixation. Ce n'est pas une bonne méthode pour la grossesse tubaire rompue, parce qu'elle ne permet pas de contrôler l'évacuation totale des caillots. Il a fait l'opération pour tumeurs ovariennes, pour pyosalpinx, et pour grossesse tubaire. En ce qui concerne le pyosalpinx, comme l'utérus est infecté avant les trompes, la guérison n'est assurée qu'en lui associant l'hystérectomie.

Purefoy. — La colpotomie est applicable à toutes les petites tumeurs mobiles, quelle qu'en soit l'origine, elle est inférieure à la laparotomie dans la plupart des cas de pyosalpinx et de grossesse ectopique. L'opération est souvent très laborieuse.

Il ne peut admettre que l'utérus doive être enlevé dans tous les cas de pyosalpinx.

W. Dixon insiste sur l'avantage de supprimer l'incision abdominale.

Wilson — en réponse — n'a jamais eu l'intention de dire que chaque fois qu'on a diagnostiqué un fibrome, il faut faire la col-



potomie. Ce n'est pas du reste le volume qui commande les symptômes. L'appendice vermiforme apparaît souvent, il est facile de le saisir et de le refouler en arrière. Les adhérences de l'intestin à l'utérus, aux ovaires, aux trompes, sont aisément rompues. La méthode de Dürhssen est mauvaise et celle de Mackenrodt ne vaut guère mieux. Si le fond de l'utérus n'est pas amené à travers l'incision péritonéale, on s'expose à un échec certain, car il se rétroversera de nouveau. Il ne pense pas, avec Smyly, que la laparotomie préalable, soit nécessaire pour détruire les adhérences, en cas de pyosalpinx double, c'est en détruisant ces adhérences qu'on rompt les trompes.

Relativement au prolapsus, l'hystérectomie est la meilleure méthode chez les vieilles femmes ; chez les jeunes, les colporraphies antérieure et postérieure ou un pessaire approprié.

D'Arcy Power. — OVARIOTOMIE HEUREUSE CHEZ UNE ENFANT DE 4 MOIS. (*Brit. Med. J.*, 5 mars 1898.)

L'enfant, nourrie au sein, bien portante jusque-là, présentait depuis 3 semaines, un développement croissant de l'abdomen. A l'examen, distension et tension excessives : matité, invariable avec la position, sauf dans le flanc gauche : circonférence 20 p. 1/2, à 2 p. au-dessus de l'ombilic. Distance xypho-pubienne 10 p. 1/2. Urine normale, pas d'œdème.

Incision de 3 p. sur la ligne blanche ; issue d'un peu de liquide ascitique, apparition d'un kyste, à parois épaisses et bleuâtres, sillonnée d'un délicat réseau vasculaire : surface unie, luisante et sans adhérences. Ponction avec un fin trocart, afin de prolonger l'écoulement et de ne pas provoquer une trop brusque dépression circulatoire. On attire ensuite la poche au dehors : pédicule ardoisé, gros comme un crayon, dont on fait la ligature à la soie. La quantité totale du liquide contenu était de 59 onces. Après l'opération, léger collapsus, dont l'enfant se relève bientôt : convalescence rapide et exeat au bout de 15 jours. Il s'agissait d'un kyste simple contenant sur la face interne de ses parois une ou deux nodules kystiques. Ce cas exceptionnel prouve une fois de plus la bénignité de la laparotomie à tout âge pourvu que l'asepsie soit parfaite.

Stanmore Bishop.— GROSSESSE ECTOPIQUE. 3 CAS. (Soc. gyn. et obst. du Nord de l'Angleterre, 18 mars 1898. *Brit. med. J.*, 9 avril 1898.)

I. — Mariée à 30 ans, stérile depuis 3 ans. Douleur subite et continue, avec vomissements, durant une semaine, mais soulagée par la morphine ; une masse, développée dans le ligament large gauche, se résorbe lentement : guérison définitive.

II. — Mariée à 28 ans ; il y a 11 ans ; 4 accouchements et 1 avortement. Depuis le dernier accouchement, survenu 4 ans avant, douleur intermittente dans le côté gauche. Règles normales jusqu'en juillet 1897, puis, 8 semaines d'aménorrhée : admission 14 sept. 1897, à la suite d'une douleur soudaine, passée graduellement au bout de 5 à 6 heures. Température 100°2 : masse dans le Douglas. Diagnostic hésitant entre pyosalpinx et grossesse ectopique. Laparotomie le 24 octobre. A droite, trompe distendue et close, ovaire polykystique. Sang et caillots dans le Douglas, recouverts par l'épiploon et l'intestin adhérents. A gauche, trompe aplatie, déchirure à la partie moyenne : caillot dans la cavité. Guérison.

III. — Mariée depuis 16 mois ; un enfant 18 mois avant le mariage, admise le 3 mars 1898. Règles régulières jusqu'en janvier, puis retard de 15 jours suivi d'un écoulement continu depuis ce moment. Le 26 février, douleur soudaine dans la fosse iliaque gauche, continuant avec paroxysme de plus en plus rapprochés. A l'examen, masse molle, distincte de l'utérus, dans le cul-de-sac gauche. Diagnostic de grossesse ectopique et laparotomie le 4 mars. Trompe gauche volumineuse, adhérente à l'ovaire par ses franges, déchirure obturée par un gros caillot emplissant la lumière de l'organe. Caillots et sang noir dans le Douglas, entourant l'intestin. Trompe droite rouge et dilatée ; ovaire polykystique. Ligature et résection : lavage de la cavité. Guérison.

L'auteur rappelle les classifications de Tait, Helme, Bland Sutton, Webster et fait allusion à un cas inédit de Fothergill démontrant qu'une grossesse tubaire récente peut être entièrement résorbée par le péritoine. Il y aurait grand avantage à donner plus d'attention aux symptômes qui précèdent la rupture, tels que douleur dans l'une des régions iliaques avec exaspération provoquée par le mouvement de la cuisse correspondante et issue de sang par le vagin. Ces signes devraient suggérer l'examen du bassin et la constatation d'une masse latérale de consistance inégale ou d'un épanchement dans le Douglas permettrait le diagnostic de grossesse ectopique. Les symptômes classiques de la rupture sont la douleur subite avec collapsus ; mais les 2 derniers cas et beaucoup d'autres montrent que le collapsus ne se produit pas toujours au moment de la rupture. Les 2 signes indiquent un commencement de péritonite, plus une perte de sang, plutôt que la rupture elle-même. L'intérêt de la malade exigerait que l'opération fût faite avant la rupture et dès que le diagnostic est porté, et l'auteur termine en discutant les indications respectives des deux voies, vaginale et abdominale.

Walther Heape. — MENSTRUATION ET OVULATION CHEZ LES SINGES ET CHEZ LA FEMME. (Soc. obst. de Londres, 6 avril 1898. *Brit. med. J.*, 16 avril 1898.)

I. — *Menstruation.* — L'auteur décrit le processus histologique de la menstruation chez le *Macaque rhesus* comme identique à celui qui a été décrit chez le *Semnopithèque entellus* : prolifération du stroma et augmentation du calibre vasculaire, rupture des vaisseaux congestionnés et formation de lacunes, dégénérescence de la couche superficielle de la muqueuse et rupture des lacunes, dénudation de la surface de la muqueuse et formation consécutive d'un caillot menstruel, la seule différence consistant dans l'épaisseur de la muqueuse plus considérable, la densité protoplasmique plus grande, un plus grand nombre et plus de ramifications des glandes chez le Macaque que chez le Semnopithèque. Des préparations histologiques d'utérus de Singes et d'utérus humains corroborent ces assertions et semblent établir l'identité du processus menstruel chez le Singe et chez la Femme. Bien que les Singes soient menstrués environ toute l'année, quelques-uns, au moins, ne le sont qu'à certaines époques, se plaçant ainsi à un rang intermédiaire entre les Mammifères inférieurs et les Primates plus élevés. Il y a sans doute homologie entre la période de *chaleur* et la menstruation.

II. — *Ovulation.* — Relativement aux rapports de l'ovulation et de la menstruation, 2 opinions sont en présence : 1° celle qui veut que l'ovulation se fasse à chaque menstruation et que les 2 phénomènes soient dus à une même cause efficiente ; 2° *celle qui* admet l'indépendance des deux processus et ne considère leur coïncidence que comme accidentelle. Sur 59 femelles de Singes en état de menstruation, l'auteur n'a trouvé que chez une, un follicule de Graaf récemment vide. Il résume ainsi ses observations sur la Femme et les Singes : 1° L'ovulation et la menstruation ne sont pas nécessairement coïncidantes : 2° La menstruation peut exister sans ovulation et, 3° l'ovulation peut exister sans menstruation. L'auteur combat l'opinion que, chez les Animaux inférieurs, *la chaleur* soit produite par l'ovulation ou que l'ovaire soit le siège du stimulus qui la provoque : il estime que les 2 phénomènes sont en relation étroite avec et largement influencés par la congestion et que, dans les conditions primitives, ils étaient dus tous les deux à la même cause.

Discussion : Peter Horrocks. — Il est incontestable que, chez la Femme, l'ovulation existe sans menstruation car c'est un fait bien connu qu'elle peut concevoir sans être réglée. Les Indiennes conçoivent souvent avant que la menstruation ne soit établie et la conception n'est pas rare pendant l'aménorrée de la lactation. Il ne connaît pas cependant de faits prouvant que la menstruation existe sans ovulation : on sait que la menstruation cesse lorsque les ovaires sont enlevés, qu'ils sont profondément dégénérés et lorsque cesse leur fonction.

Herman. — La communication présente montre une fois de plus combien sont imparfaites nos connaissances des modifications physiologiques de l'ovaire.

Il pense que la menstruation est sous la dépendance, sinon de l'ovulation, du moins de quelque fonction ovarienne. En effet, en clinique, lorsque les ovaires manquent ou sont imparfaitement développés, la menstruation n'existe pas de même, elle se supprime si on enlève les 2 ovaires.

REVUE FRANÇAISE

R. Romme. — LES MÉTRORRAGIES DYSCRASIQUES DE LA PUBERTÉ ET LEUR TRAITEMENT. (*Presse médicale*, 4 mai 1898.)

C'est une question de pathologie fort complexe et relativement encore peu connue que les métrorragies chez les jeunes filles. De l'analyse critique des observations publiées sous ce titre, de l'étude clinique de quelques cas observés, on peut conclure avec M. Castan, dans sa thèse faite sous l'inspiration de M. Quénu, à l'existence d'un type clinique particulier, les métrorragies dyscrasiques de la puberté.

L'écoulement sanguin dépend d'un état dyscrasique général, d'une auto-intoxication, créés par une hérédité morbide (tuberculose, arthritisme), ou une hygiène défectueuse, ou une maladie constitutionnelle, ou une déviation des échanges interstitiels. L'utérus luimême est presque sain, du moins, à l'examen histologique de la muqueuse utérine, après curettage. On ne trouve qu'une infiltration du tissu sous-muqueux par des globules sanguins ; les annexes semblent normales. Quant à la raison pour laquelle la fonction hémorragique de l'auto-intoxication se localise à l'utérus, elle doit être cherchée dans les conditions anatomiques et physiologiques de l'appareil génital au moment de la puberté, ou bien dans un trouble de la fonction sécrétoire, ou encore dans une lésion cliniquement inappréciable de l'ovaire (Quénu).

Sans insister davantage sur tous ces points, nous ne nous occu-



perons que du côté pratique de la question, c'est-à-dire du diagnostic et du traitement des métrorragies dyscrasiques de la puberté.

***

La malade est ordinairement une jeune fille de treize à seize ans, suivant l'époque de l'établissement des règles, qui a des pertes sanguines continues ou sub-continues. Le premier cas est le plus fréquent, et les pertes ont été observées dès la première époque menstruelle, ou à une période consécutive, la deuxième ou la troisième. Dans certains cas, il y a perte de sang pendant les trente jours du mois, et. dans d'autres cas, les arrêts momentanés de l'hémorragie ne peuvent être attribués qu'à des moyens artificiels, repos prolongé au lit, hémostatiques, injections appropriées. Mais en dépit de tout, elle se reproduit à la moindre occasion, aussitôt que la malade reprend sa vie habituelle.

L'abondance de la perte est variable. Très souvent il ne s'agit que d'un simple suintement sanguin continu, à la vulve ; d'autres fois, la métrorragie est profuse et, à en croire les anciennes observations, elle peut à elle seule entraîner la mort. Le sang est généralement liquide, quelquefois en caillots, mais cet aspect semble se rapporter à des cas spéciaux, aux formes dysménorréiques.

Dans la métrorragie dyscrasique, la maladie, quand il s'agit d'un cas type, évolue sans douleurs, et ce n'est qu'à une période assez avancée, alors que l'hémorragie dure depuis un temps assez long, que les malades accusent seulement une pesanteur dans le bas-ventre, mais non point ces douleurs vives, caractéristiques de la périmétrite, ces points spéciaux d'ovaralgie, ces points lombaire, iliaque, inguinal, ni les douleurs par crises, mobiles.

La leucorrée est, dans les cas types au moins, aussi rare que les douleurs ; comme ces dernières, quand elle existe, elle peut être rapportée à des circonstances spéciales et s'observe plus spécialement chez des filles malingres, anémiques, scrofuleuses, rachitiques, chez lesquelles l'infection utérine directe a été réalisée par un mauvais état du canal génital, un manque de propreté et d'hygiène.

Si, pour compléter l'examen, on pratique le toucher vaginal, on obtient ordinairement des résultats négatifs : l'utérus est normal, les annexes ne présentent aucune particularité, les ovaires sont sains en apparence, pas même douloureux. Au spéculum, on constate tout simplement qu'il s'écoule une goutte de sang par le col ; quelquefois, avec l'hystéromètre on peut trouver une cavité utérine un peu étroite et un utérus légèrement dévié. Et c'est tout.

L'examen des autres organes reste ordinairement négatif. La constipation habituelle, un peu de dilatation de l'estomac, un léger état dyspeptique sont fréquents et complètent le tableau clinique. A la rigueur, on peut les considérer comme autant de causes de l'auto-intoxication et partant de la métrorragie ; mais ils peuvent aussi, au même titre que l'hémorragie être le résultat de l'auto-intoxication dépendant d'une tare héréditaire ou acquise, dont l'aboutissant est une déviation des échanges interstitiels.

On voit par conséquent que, pour faire le diagnostic, on trouve beaucoup de symptômes négatifs, quelques-uns passagers, fugaces et variables, d'autres relevant de cas spéciaux, un seul constant, immuable, la métrorragie, qui constitue la maladie même. Mais, cette absence même des signes de la métrite classique est importante en l'espèce, puisque, jointe à la métrorragie, elle permet d'établir une entité morbide bien nette et montre en même temps que le traitement doit être dirigé non contre l'hémorragie, mais contre l'auto-intoxication dont elle est l'expression.

***

C'est donc au traitement général que le praticien doit recourir dans la majorité des cas : c'est lui seul qu'il doit instituer au début, car il servira en même temps de pierre de touche pour le diagnostic.

L'hydrothérapie sous toutes ses formes, avec massage et friction de tout le corps au gant de crin, constitue une excellente médication.

Les bains de mer ont une influence très heureuse sur la métrorragie dyscrasique, et on peut, en dépit de l'hémorragie, y habituer progressivement les malades, mais en usant d'une extrême prudence. Dans le même ordre d'idées, les eaux chlorurées sodiques de Salies-de-Béarn et de Biarritz constituent une médication générale antitoxique et antiinfectieuse de premier ordre.

Inutile de dire que l'exercice modéré, même l'usage de la bicyclette, la gymnastique, la vie au grand air, seront éminemmnt utiles à ces malades.

On peut concurremment instituer un traitement interne, donner du fer, de l'arsenic, des iodures, régulariser les fonction digestives, établir un régime alimentaire. Mais, avant tout et dans tous les cas, il faudra combattre la constipation par l'emploi fréquent des lavements, par l'usage des purgatifs salins longtemps continué à petites doses.

Dans les formes nettement infectieuses, il y a lieu de mettre franchement en œuvre la médication antiseptique générale, donner par exemple de l'iodoforme sous formes de pilules.

Enfin, il va sans dire que dans les cas où l'auto-intoxication et, partant, la métrorragie, relèvent d'un état morbide nettement déterminé (chlorose, affection cardiaque, maladie du foie, etc.), on doit instituer une médication spéciale, dirigée contre l'état morbide.

A lui seul le traitement général suffit ordinairement, pour arrêter la métrorragie dans la majorité des cas. Mais, il n'est pas inutile de conseiller en même temps les injections vaginales antiseptiques, dans le but de prévenir une infection directe de la cavité utérine, toujours possible, grâce à la stase sanguine étendue à tout l'appareil génital, qui existe chez ces malades.

Le curettage, semble à première vue et théoriquement, inutile ; mais, en pratique, il paraît avoir été utile dans les cas où il a été fait. Les succès qu'on en a obtenus doivent probablement être attribués à la dérivation de la congestion du petit bassin, au redressement des courbures utérines, enfin et surtout à l'agrandissement de la cavité, permettant à l'écoulement sanguin physiologique de se faire dans de bonnes conditions. Cependant, en dépit de cette influence salutaire, le curettage ne doit pas être employé systématiquement, puisqu'on peut obtenir des résultats tout aussi satisfaisants par les soins donnés à l'état général, et qu'en second lieu il est bon d'être sobre d'interventions chez les vierges.

Pour la même raison, il n'y a pas lieu de mettre en jeu une thérapeutique par trop active dans les cas très rares où l'hémorragie devient inquiétante ou même menaçante : les applications de glace sur le bas-ventre, les injections vaginales très chaudes et le repos absolu au lit, la tête basse, en auront, le plus souvent, facilement raison.

Ferré. — LES SUITES ÉLOIGNÉES DU CURETTAGE DANS LE POST-PARTUM INFECTIEUX. A PROPOS DE VINGT-CINQ NOUVEAUX CAS DE CETTE OPÉRATION. (*L'Obstétrique*, 15 mai 1898.)

Depuis mon premier mémoire (1), où j'ai rapporté six cas de curettage après l'accouchement, j'ai pratiqué vingt-cinq autres fois cette opération dans le post-partum, soit après l'accouchement, soit après l'avortement.

Antérieurement à ma première publication, j'avais déjà pratiqué trois fois le curettage après l'avortement infectieux, également avec d'heureux résultats.

L'ensemble de mes opérations dans le post-partum est donc, à l'heure actuelle, de trente-quatre cas, ayant donné trente-trois guérisons et un décès rapporté dans mon mémoire de 1894.

Dans ces trente-quatre opérations, trente ont eu lieu pour symptômes infectieux.

On trouvera peut-être que c'est là beaucoup de curettages et qu'il n'est pas démontré que tous étaient indispensables ; qu'un certain nombre de ces guérisons auraient été aussi bien obtenues par des irrigations intra-utérines antiseptiques.

Eh bien, plus je vais, plus je suis disposé à agrandir le rôle de la curette et à diminuer celui des irrigations intra-utérines.

A celles-ci je ne laisserai désormais que les cas à symptômes infectieux très légers et surtout très courts, si courts que je n'aurais, pour ainsi dire, pas le temps d'intervenir.

Tous les autres cas seront soumis à la curette. Et cela pour deux motifs.

En premier lieu les résultats immédiats du curettage sont là, éloquents et démonstratifs.

Ce point est acquis, non seulement pour ceux qui ont l'expérience de cette intervention, mais encore pour tous ceux qui ont assisté à quelques-unes de ces opérations et qui en ont constaté les suites les plus proches.

Mais personne, du moins que je sache, n'a attiré l'attention sur les résultats lointains de l'une et l'autre méthode.

Avant 1893, j'ai pratiqué de nombreuses irrigations intra utérines dans des cas d'infection post-partum. J'ai pu revoir, après un laps de temps suffisant, un bon nombre de sujets dont l'utérus infecté avait été irrigué soit par moi, soit par d'autres.

Sur trente sujets curettés pour symptômes infectieux, dix-huit ont été revus, également après un laps de temps suffisant pour pouvoir apprécier les résultats lointains et définitifs du traitement.

Or, tandis que les Femmes curettées ne portaient aucune trace de leur maladie, il était loin d'en être de même de celles qui avaient été seulement irriguées.

J'ai rencontré, chez ces dernières, les lésions les plus variées de l'appareil génital.

Chez le plus grand nombre, l'utérus demeurant gros, en subinvolution, était atteint de suppuration chronique ; d'autres portaient des traces manifestes d'inflammation du côté des annexes.

Quelques-unes, mais plus rares, présentaient des empâtements péri-utérins.

Toutes souffraient plus ou moins.

Une enfin a été retrouvée par moi, dans un service hospitalier, en proie à des accidents d'infection chronique se manifestant par des suppurations volumineuses et multiples.

(1) *Nouvelles Archives d'obstétrique et de gynécologie*, 1894. Mémoires, page 494.



Et cependant toutes ces Femmes, même cette dernière, avaient été considérées comme *guéries*, c'est-à-dire que, sous l'influence d'irrigations plus ou moins répétées, la température était tombée et les autres symptômes généraux ou locaux avaient disparu pendant un certain temps.

Aussi, je ne puis m'empêcher de penser qu'il y a une forte part d'illusion dans la cure du post-partum infectieux par les irrigations intra-utérines ; que, fréquemment, il n'en résulte qu'une atténuation de la virulence de l'infection et un arrêt temporaire dans sa marche.

C'est là, évidemment, un résultat déjà considérable, puisqu'il a suffi à empêcher la mort de bien des accouchées ; mais *il n'y a point guérison* au sens véritable du mot.

Ces Femmes ont guéri pour l'accoucheur ; mais elles seront recueillies par le gynécologue, pour lequel ce sont encore des malades.

Y a-t-il lieu d'être surpris de cette différence entre les résultats définitifs des deux méthodes ?

Je ne le crois pas, et il suffit d'observer les différents temps du curettage d'un utérus puerpéral pour se convaincre que les irrigations intra-utérines les plus énergiquement antiseptiques et les plus prolongées, ne peuvent avoir, sur le contenu de l'utérus, qu'une action très superficielle.

Que se passe-t-il, en effet, pendant le curettage ?

On saisit le col avec une ou deux pinces à griffes, on l'attire à la vulve, en amenant le fond de l'utérus plus ou moins bas. On irrigue la cavité en maintenant le col béant et en déplissant, par la même traction, tout le segment inférieur.

On se trouve donc avoir réalisé les meilleures conditions d'une bonne irrigation.

Néanmoins, si on racle ensuite la cavité utérine, même en se contentant de la curette mousse, il arrive qu'on retire de nombreux débris, dont souvent quelques caillots qui n'étaient que peu ou pas adhérents.

Et si, après le passage de la curette mousse, on prend la curette tranchante, fréquemment celle-ci ramène encore des fragments de membranes ou de placenta dont l'adhérence est quelquefois fort difficile à détacher.

Ce dernier cas se présente surtout après l'avortement. Le doigt introduit dans la cavité utérine perçoit les débris adhérents, mais ne peut les détacher. Ici encore c'est la curette et la curette tranchante qui doit intervenir.

Comment les irrigations utérines ordinaires, c'est-à-dire pratiquées sans préhension du col, dans une cavité relativement éloignée, d'accès compliqué, plus ou moins anfracteuse, pourraient-elles réussir à expulser tous ces débris, réceptacles des agents infectieux, que l'instrument tranchant a de la peine à arracher ?

Il y a plus, car voici une remarque qui, je le crois, du moins, n'a pas été encore faite.

Toutes les fois que l'utérus puerpéral a retenu, sur un point de sa paroi, des débris placentaires ou membraneux, la rétraction musculaire est incomplète sur ce point. Le pourtour de celui-ci s'épaississant par l'effet de la rétraction normale, il en résulte, sur l'utérus vivant, des dépressions à fond relativement mince, qui sont le réceptacle des débris qu'il s'agit d'évacuer. Pour peu que ces débris forment masse, celle-ci est logée dans une véritable arrière-cavité, où les irrigations intra-utérines ne sauraient pénétrer.

Il faut, à l'aide de la curette, aller racler, et quelquefois assez énergiquement, ces dépressions plus ou moins profondes, mais sans oublier que leur paroi est toujours plus mince que le reste du corps utérin.

Aussi j'ai coutume de commencer le raclage de la cavité utérine par la curette mousse.

J'ai fait construire par Mathieu, en 1894, une série de curettes qui ont la forme de petites pelles à long manche. Les bords en sont mousses, légèrement saillants d'un côté, et les angles arrondis.

Je ne ramène, il est vrai, avec mes petites pelles, que les débris peu ou pas adhérents.

Mais, avec ces instruments inoffensifs, qui complètent les effets de l'irrigation préalable, je prends connaissance de l'état de la paroi utérine tout entière, de sa résistance, de la direction de la cavité, des anfractuosités et des arrière-cavités, enfin, s'il y en a.

C'est pour moi une sorte de cathétérisme répété et étendu, mais ce n'est pas le curettage, pour lequel la curette tranchante, ou au moins demi-tranchante, me paraît indispensable.

Que pourraient alors les irrigations intra-utérines même au cas où seulement les débris encore adhérents seraient infectés ?

Quelle pourrait être, à plus forte raison, leur efficacité, dans les cas où le tissu utérin lui-même serait pénétré par les Bactéries pathogènes ?

La conclusion s'impose donc : à condition de bien curetter, les accoucheurs ne doivent pas hésiter.

Seuls les gynécologues pourront se plaindre.

Mais n'est-ce pas le devoir des accoucheurs de diminuer la clientèle des gynécologues ?

(Suit un tableau de 25 curettages pratiqués d'août 1894 à décembre 1897 : 2 pour hémorragies, 2 pour placenta retenu ; 21 pour symptômes infectieux).

Tissier. — UTÉRUS FIBROMATEUX GRAVIDE ; AVORTEMENT ; MENACE D'INFECTION ; HYSTÉRECTOMIE. (*Soc. d'Obstétrique de Paris*, séance du 9 février 1898. *Bull. de la Soc.*, février 1898, p. 3. *L'Obst.*, 15 mai 1898.)

M. Tissier présente un utérus enlevé à une Femme qui s'était rendue à la clinique d'accouchement pour des hémorragies répétées. L'examen minutieux fait arriver à ce diagnostic : grossesse d'environ six semaines dans un utérus fibromateux. La tumeur fibreuse était composée de plusieurs portions réunies formant une masse qui remontait au-dessus de l'ombilic et se confondait, en bas, en un large pédicule derrière le pubis ; elle était très peu mobile, de consistance uniformément dure. Une autre tumeur, enclavée dans le canal pelvien, non refoulable ni déplaçable communiquait avec la masse sus-pubienne. Le col utérin se trouvait, de ce fait, reporté au-dessus du pubis ; il était ramolli, légèrement béant, occupé par quelques débris de caillots. Par le toucher rectal on sentait une tumeur dure, lisse, arrondie, remplissant le pelvis. Avec cela, imminence d'avortement ; évacuation du produit ovulaire impossible par les voies naturelles, par conséquent putréfaction intra-utérine imminente aussi. MM. Bar et Tissier se décidèrent alors pour une intervention par voie abdominale et ablation totale ou partielle, selon les circonstances, des fibromes et de l'utérus.

L'opération fut faite avec l'aide de M. Ricard : ablation totale de l'utérus fibromateux. La pièce, présentée par M. Tissier, montre que le diagnostic était exact. Elle se compose de trois fibromes gros à peu près chacun comme une tête de fœtus, divergents et réunis à leur base en une grosse masse. L'utérus n'est reconnaissable que par le col. Ouvert, il laisse voir, appendu au fond, comme une Sangsue, l'œuf rougeâtre d'environ six semaines. Le poids total était de 3 kil. 135. La cavité utérine mesurait 13 centimètres de hauteur.

Mme Fedorotskaia-Viridarskaia. — UN CAS DE VAGINITE EMPHYSÉMATEUSE. (*Journ. d'accouchem. et de gynécol.*, Saint-Pétersbourg, 1897, n° 12. Traduit du russe par Mme RECHTSAMER ex. *Ann. de Gyn. et d'Obstét.*, mai 1898.)

La vaginite vésiculeuse ou emphysémateuse est une affection rare, on la rencontre le plus souvent chez les Femmes enceintes ; elle est caractérisée par la formation de petits kystes remplis de gaz et situés dans la paroi postérieure du vagin. Ils varient de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'un pois et sont contenus dans les interstices du tissu conjonctif.

Depuis les travaux d'Eisenlohr il faut considérer cette affection comme de nature microbienne. Il a pu obtenir une culture pure sur la gélatine et sur agar-agar à réaction faiblement alcaline, et tant que cette réaction ne devenait pas acide, la culture dégageait des gaz qui, d'après les travaux de Zudefel, paraissent être la trymétylamine et sont le résultat de la vie microbienne.

OBS. — Femme enceinte de 5 mois, multipare, entrée à l'Institut obstétrical le 5 février 1897, avec frissons, fièvre, douleurs et pertes rouges.

A l'examen, la muqueuse vaginale présente des inégalités, rappelant les veines variqueuses. Poche intacte, tête non engagée.

Au spéculum, muqueuse bleuâtre, légèrement œdémateuse. A la partie supérieure des parois vaginales, on remarque une grande quantité de saillies de dimensions différentes ; les plus grandes d'une grosseur d'un pois, les plus petites d'une tête d'épingle.

Les plus grandes sont situées sur la paroi postérieure du vagin, elles y sont aussi beaucoup plus nombreuses que sur les parois latérales et antérieures du vagin où elles sont beaucoup plus petites. Les sommets de ces formations kystiques sont transparents ; en les piquant avec une pointe, on obtient des vésicules gazeuses qui sont surtout appréciables quand le vagin est rempli d'eau.

La malade a fait une fausse couche, fièvre ; le vagin était examiné tous les jours jusqu'au 19 février, jour de sortie de la malade. Les formations kystiques diminuaient tous les jours et enfin la muqueuse est devenue tout à fait normale. Deux fois par jour, injections avec du sublimé à 1/2000.

L'examen bactériologique et l'examen de la nature des gaz n'ont pas été faits.

Tout ouvrage dont il sera envoyé deux exemplaires sera annoncé et analysé s'il y a lieu.

R. PICHEVIN, *Directeur-Gérant.*

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE DAIX FRÈRES.
Maison spéciale pour Journaux et Revues.



SOMMAIRE

DE LA SYPHILIS TERTIAIRE DES OVAIRES

Note à propos de deux observations

Par le Dr OZENNE.

Parmi les nombreux travaux qu'a suscités l'étude de la syphilis, il en est bien peu qui fassent mention des manifestations tertiaires de la maladie sur les organes génitaux internes de la Femme. Aussi les divers traités de syphiligraphie sont-ils unanimes à proclamer la très grande rareté de ces manifestations sur l'utérus et tout particulièrement sur les ovaires.

Quelques auteurs, il est vrai, ne contestent pas à la syphilis le pouvoir de rompre quelquefois le jeu normal des fonctions menstruelles, soit en déterminant une aménorrée passagère ou permanente, soit, ce qui est beaucoup plus rare, en provoquant des métrorragies.

Quelle est la véritable pathogénie de ces accidents ? Faut-il les attribuer, comme le prétendent certains syphiligraphes, à l'action anémiante de la maladie sur l'organisme, sans lésions manifestes des organes génitaux ? Faut-il, au contraire, les rapporter à une altération de l'un ou de l'autre de ces organes, à une transformation gommeuse ou scléreuse des ovaires par exemple ?

Les deux observations suivantes, que j'ai communiquées à la Société médicale du IXe arrondissement (séance du 12 mai 1898 et *Journal de Médecine de Paris*, 29 mai 1898), semblent plaider en faveur de cette dernière opinion ou, du moins, peuvent être invoquées comme des exemples de manifestations spécifiques sur les ovaires.

D'ailleurs, quoi qu'il en soit de la lésion propre, dont ces organes ont été le siège, ces observations m'ont paru assez importantes pour être reproduites, puisqu'elles pourront servir de contingent au faible dossier de la syphilis ovarienne.

Le premier de ces faits concerne une jeune Femme, Mme V.., actuellement âgée de 32 ans. Sans antécédents pathologiques de jeunesse, elle avait été réglée à 13 ans et demi, toujours régulièrement et assez abondamment, pendant 5 années ; puis, à l'occasion d'une époque menstruelle, elle aurait présenté des accidents d'hématocèle péri-utérine, pour lesquels elle resta alitée environ six semaines.

Quelque temps après elle se mariait et, pendant une année, les règles apparurent à peu près périodiquement ; mais bientôt elles devinrent irrégulières et d'une durée plus longue, puis aux ménorragies succédèrent des métrorragies qui se répétaient tous les 4 ou 5 jours, sans qu'aucune fausse couche ait été positivement constatée. La malade ne paraît avoir eu, avant ces hémorragies, aucune des manifestations secondaires habituelles de la syphilis.

Mais l'apparition de quelques douleurs intermittentes, au niveau des deux fosses iliaques, de maux de tête répétés et les hémorragies utérines, que différents traitements médicaux n'étaient pas parvenus à arrêter, contribuèrent à développer, chez cette jeune Femme, un certain degré de neurasthénie.

C'est à cette époque (février 1892) que, pour la première fois, nous vîmes la malade qui, quoique affaiblie par ses pertes presque continues, mais non, à chaque fois, très abondantes, n'était pas cependant très anémiée.

Je passe sur l'examen général des différents organes, n'offrant aucune particularité à signaler, pour mentionner de suite l'état des organes génitaux. L'utérus, tout en étant un peu plus volumineux que normalement, n'était le siège d'aucune lésion apparente. Mobile et non douloureux, il laissait suinter un peu de sang. Sa cavité ne présentait pas de dilatation.

Les culs-de-sac étaient souples et entièrement libres ; mais, à la palpation de l'abdomen, on percevait dans chaque fosse iliaque une tumeur sensible, arrondie, bien circonscrite et du volume d'une petite mandarine ; elle donnait la sensation d'un gros ovaire scléro-kystique.

Notre ami, le Dr P. Reynier, dans le service duquel la malade fut transportée, à Tenon, porta le même diagnostic et lui proposa une opération pour la débarrasser de ces deux tumeurs, cause probable des hémorragies. L'ablation par la laparotomie en eut lieu en mars 1892 et ne fut suivie d'aucun incident.

Les tumeurs, du volume d'un petit œuf, étaient bien formées aux dépens des ovaires, qui étaient durs, véritablement scléreux, avec plaques blanchâtres à la périphérie, sans foyers kystiques. Le tissu en était très compact à la coupe et avait par places l'aspect fibroïde. L'examen histologique n'en fut pas pratiqué.

Dans l'année, qui suivit cette opération, la malade eut, à plusieurs reprises, des crachements de sang qui, à chaque fois, disparurent rapidement par l'emploi de dragées contenant de l'ergotine, du sulfate de quinine et de l'extrait de bryone. Les hémorragies utérines ne reparurent plus et l'état général s'améliora très rapidement.

Mais, à partir de 1893 jusqu'en 1895, se montrèrent, à intervalles irréguliers, des bouffées de chaleur, des phénomènes congestifs et neurasthéniques variés et surtout des crises de céphalalgie, accidents que nous croyions liés à la castration et contre lesquels échouèrent les traitements médicaux, les injections de suc testiculaire et l'opothérapie ovarienne elle-même, chacun d'eux administré à dose suffisante.

En présence de ces échecs thérapeutiques, il nous vint à l'idée que les lésions scléreuses, constatées sur les ovaires, pouvaient être de nature syphilitique et qu'il y avait peut-être une corrélation à établir, bien qu'on ne trouvât aucune trace de syphilis, ancienne ou récente, sur la malade, entre ces tumeurs, qui auraient été alors des syphilomes ovariens, et les accès de céphalalgie, dont elle souffrait depuis plusieurs années. Un traitement composé de frictions mercurielles, d'iodure de potassium et de toniques fut dès lors prescrit.

Ce traitement fut ainsi institué : Pendant trois mois, chaque mois 10 jours de frictions mercurielles ; 10 jours de KI (2-3 gr. par jour) ; et 10 jours de pilules toniques (arsenic, fer, kina et valériane), concurremment avec des bains sulfureux. L'amélioration fut manifeste dès le deuxième mois. Toutefois, le traitement complet dut être continué de la même manière pendant près d'une année, son interruption pendant 30 jours ayant été, à deux reprises, suivie du retour de la céphalée. L'année 1896 s'est ainsi écoulée.

En 1897, la malade a repris de l'iodure de potassium pendant 3 mois ; aucun des accidents antérieurs n'a reparu et actuellement elle jouit d'une bonne santé, après avoir notablement engraissé.

— Le sujet de notre seconde observation, Mme B...., est une forte et grande Femme de 35 ans, dont le tissu adipeux s'est très développé depuis quelques années. La menstruation s'est établie, chez elle, à l'âge de 14 ans et a été régulière et normale pendant trois années, à l'issue desquelles elle aurait eu, pendant plusieurs mois, des pertes assez abondantes. Elle fut alors traitée comme chloro-anémique. Ces troubles ne se sont pas renouvelés pendant quelque temps.

Mariée en 1886, elle accouchait deux ans plus tard d'un enfant à terme, qui succombait, après plusieurs mois, à la suite d'une maladie mal spécifiée. Pendant toute la durée de cette grossesse, ainsi qu'après l'accouchement, rien d'anormal ne paraît devoir être relevé dans l'état de santé de Mme B... jusqu'en 1892.

A cette époque deuxième grossesse et accouchement prématuré à 8 mois, attribué par la malade à une injection trop chaude. L'enfant naît vivant et meurt le lendemain ; la cause de la mort est restée ignorée de la mère, qui ne nous fournit aucun renseignement à cet égard.

Les suites immédiates de couches furent bonnes ; mais, trois mois plus tard, survint une hémorragie utérine assez abondante, et, consécutivement, les règles devinrent irrégulières en affectant souvent le caractère des ménorragies.

Il en fut ainsi pendant une année et, à partir de 1894, ces hémorragies se répétèrent plus fréquemment en ne laissant entre elles que trois ou quatre jours d'intervalle, pendant lesquels même il n'était pas rare de constater un suintement rosé.

C'est alors que, le 15 avril 1895, un curettage fut pratiqué par un de nos confrères gynécologues, accoucheur des hôpitaux, et suivi d'une disparition absolue du sang pendant trois mois. L'écoulement reparaissait ensuite de nouveau, parfois assez abondant, le plus souvent en petite quantité, mais d'une façon presque continue, et pendant les mois de février et de mars 1896 les pertes s'accrurent très notablement. La malade vint alors me consulter :

10 avril 1896. — Malgré les hémorragies qui s'étaient succédées depuis plusieurs années, Mme B. ne paraissait pas affaiblie : elle

n'avait pas maigri ; aucun trouble des voies digestives n'existait et, sauf les pertes de sang et un certain état de nervosisme plus accentué depuis quelques mois, elle n'aurait eu aucune raison de se considérer comme une malade.

D'ailleurs, elle ne l'était que par ses organes génitaux, car, sur le reste du corps, on ne trouvait aucune lésion à noter. L'utérus offrait quelques particularités relevant de la congestion chronique, dont il était le siège. Les lèvres du col étaient molles, œdématiées et un peu congestionnées ; aucune ulcération ne se voyait à leur surface. Par l'orifice externe entr'ouvert, un cathéter traversait facilement la cavité cervicale et pénétrait jusqu'à 9 centimètres de profondeur ; il n'y avait donc pas augmentation de la cavité utérine.

Toutefois l'organe mobile, non douloureux et en légère rétroversion, était un peu accru de volume dans sa totalité et sa consistance, assez ferme, n'éveillait pas cependant l'idée d'une consistance fibreuse ; d'ailleurs on ne sentait à sa périphérie aucune saillie pouvant faire songer à l'existence de productions fibreuses. Les culs-de-sac vaginaux étaient souples et nullement effacés.

Quant aux annexes explorées par la palpation abdominale, si les trompes ne semblaient pas augmentées de volume (d'ailleurs jamais à aucune époque il n'y avait eu de symptômes de salpingite) les deux ovaires étaient plus gros qu'à l'état normal et sensibles à la pression ; leur volume pouvait atteindre celui d'un marron.

En résumé, on ne trouvait, chez cette malade, aucune lésion (polype, débris placentaires, fibrome, cancer), capable d'expliquer ces hémorragies déjà anciennes et rebelles à de nombreux traitements ; et, si l'on eût pu supposer qu'elles fussent dues à des fongosités utérines, bien que rien dans le passé ne vînt témoigner en faveur d'une métrite fongueuse, le curettage, qui avait été fait en 1895, devait faire rejeter cette hypothèse, puisque l'opération n'avait pas été suivie d'un succès durable.

Une altération du sang par suite de dyscrasie aiguë ne pouvait être invoquée, car aucune maladie générale infectieuse n'avait atteint la malade et il n'y avait pas davantage de raisons de faire intervenir, comme facteurs pathogéniques, soit le paludisme (le sulfate de quinine ayant été administré sans succès pendant un certain nombre de semaines), soit l'hémophilie, dont aucune manifestation ne s'était montrée. Il ne restait donc qu'une maladie constitutionnelle, une diathèse à incriminer et, seule, la syphilis pouvait être en cause.

Cependant la malade n'en présentait ni trace ancienne, ni manifestation actuelle et, dans ses antécédents pathologiques, nous n'avions rien découvert qui pût être rapporté à cette maladie. La mort, par cause inconnue, de son premier enfant et sa fausse couche, sans raison bien déterminée, plaidaient seules en faveur d'une syphilis ignorée et latente.

Cette hypothèse, que le souvenir de notre première observation renforçait encore, était bien légitime, ainsi que nous l'ont prouvé, d'une part, le résultat du traitement antisyphilitique, et, d'autre part, la certitude acquise ultérieurement que le mari de notre malade avait contracté, avant son mariage, un chancre induré.

Comme chez notre première malade nous avons prescrit le traitement mercuriel et ioduré : 10 jours de frictions, 10 jours d'iodure (2 gr.) et 10 jours de pilules toniques. Ce traitement a été suivi du 10 avril au 20 août 1896, sauf en juin où toute médication fut interrompue.

Dans chacun des mois de mai et de juin il y eut suppression complète de l'hémorragie pendant 15 jours. En juillet les règles durèrent 13 jours, puis aucun écoulement ne reparut jusqu'au 10 septembre. La malade se trouvait à cette époque en Italie où elle séjourna jusqu'au mois de novembre. Pendant ce temps, elle négligea de reprendre son traitement, comme je le lui avais conseillé ; aussi les hémorragies reparurent-elles peu abondantes, mais fréquentes. Les ovaires, bien qu'ayant diminué de volume, étaient cependant encore plus gros qu'à l'état normal.

Le même traitement fut de nouveau administré à partir des premiers jours de décembre et continué pendant quatre mois. Dès le mois de février 1897, l'hémorragie a cessé de paraître en dehors des époques, qui sont devenues et restées très régulières et normales pendant tout le reste de l'année 1897 jusqu'à ce jour. Dans le courant de cette dernière année, la malade, dont l'état de santé est actuellement excellent, a repris environ 50 grammes d'iodure.

En résumé, dans les deux cas, que nous venons de relater, nous nous sommes trouvés en présence de deux malades atteintes d'hémorragies utérines, sans lésions inflammatoires ou organiques de l'utérus, rebelles aux traitements ordinaires et présentant des ovaires scléreux, ou scléro-gommeux, contrôlés tels chez la première par la laparotomie et très probablement de même nature chez la seconde.

On peut objecter que l'existence d'une syphilis antérieure ne peut pas être affirmée, mais la disparition des accidents généraux, et en particulier de la céphalée, chez l'une, et la suppression des hémorragies, coïncidant avec la diminution des tumeurs ovariennes, chez l'autre par la médication mixte antisyphilitique, alors que tout autre traitement avait échoué, ne constituent-elles pas des preuves presque incontestables que les accidents étaient bien liés à une lésion d'origine syphilitique ?

Nous savons, il est vrai, que les manifestations ovariennes de la syphilis sont excessivement rares, voire même mises en doute par quelques auteurs. Cependant on en a relaté plusieurs cas contrôlés par l'examen anatomique : Aussi nous sommes-nous crus autorisés à rapporter ces observations, convaincus que, le traitement ayant, une fois de plus, servi de pierre de touche, le diagnostic de syphilome ovarien s'imposait, malgré l'absence de toute autre manifestation syphilitique et la valeur relative des signes qui sont capables de déceler les lésions spécifiques des ovaires.

L'histoire de la syphilis des ovaires est tout entière à faire, car, si l'on ne peut mettre en discussion les quelques documents anatomo-pathologiques qui ont été publiés à cet égard, on a, jusqu'à ce jour, à peine signalé les manifestations cliniques de cette localisation de la diathèse.

Doit-on en déduire qu'elle ne se présente que très rarement? C'est la raison qu'on en donne dans la plupart des traités de syphiligraphie, qui ne consacrent, en général, que quelques lignes à ce sujet.

La pénurie des observations semble au premier abord légitimer cette manière de voir et l'on serait tenté de s'y rallier, si diverses considérations ne venaient s'ajouter aux *faits* déjà connus pour ébranler fortement la conviction.

Bien qu'il n'y ait pas une analogie absolue à établir entre l'ovaire et le testicule, il paraît surprenant que le premier de ces organes jouisse d'une très grande immunité à l'égard des atteintes de la vérole, alors que le second en est fréquemment la victime.

Les différences de nature et de structure de ces deux organes peuvent, à la rigueur, être invoquées pour rendre compte de ces localisations variées ; mais ne sommes-nous pas en droit de nous demander si elles répondent bien à la réalité, étant donné que les conditions d'exploration de l'un et de l'autre ne sont pas identiques et que les lésions présentent le plus souvent un développement silencieux ?

Le testicule est à découvert et, pour cette raison, le plus petit changement dans sa conformation extérieure est bientôt reconnu. L'ovaire, au contraire, est profondément caché et nous savons combien, même altéré, il se dérobe facilement à nos investigations.

L'indolence de la lésion spécifique, si manifeste chez l'Homme, au point qu'un testicule syphilitique, doublé de volume, n'est parfois révélé au malade que par l'examen du chirurgien, est une autre raison qui peut expliquer qu'une gomme ou une sclérose de l'ovaire passe facilement inaperçue, si, chez une Femme, en puissance de manifestations spécifiques, l'on n'a pas l'idée de les rechercher.

Il n'est donc pas inadmissible que cette localisation tertiaire soit plus fréquente qu'on ne l'a dit et écrit jusqu'alors et nous ne serions nullement surpris d'en voir les observations se multiplier, le jour où l'on ne négligera plus l'examen des annexes utérines chez les syphilitiques.

Les *lésions spécifiques* de l'ovaire n'ont été étudiées et décrites que dans un très petit nombre de cas. Le premier, en 1856, Lécorché en a relaté une observation prise sur une Femme incontestablement syphilitique : « Les ovaires, écrivait-il, ont « subi une transformation fibreuse. On y trouve à grand'peine « quelques vésicules de de Graaf ; la coque entière est occupée « par un stroma compact. A la surface de la coque, on aper- « çoit des dépôts calcaires nombreux, qui font effervescence « avec l'acide azotique et qui se sont formés sans doute sous « l'influence d'inflammations fréquemment répétées. »

Richet dit avoir recueilli plusieurs observations de tumeur syphilitique des ovaires : « Dans un cas l'autopsie fit recon- « naître au sein d'un ovaire volumineux une masse molle, sè- « che, jaunâtre, absolument caractéristique. »

Lancereaux, dans son Traité de la Syphilis, en rapporte deux exemples : « L'un a trait à une fille de 33 ans, morte d'acci- « dents syphilitiques, dont l'un des ovaires, plus volumineux, « était le siège d'une induration blanche disposée par plaques : « il était manifestement lésé dans sa plus grande étendue et « adhérait à la trompe et aux parties voisines. »

« Le second fait concerne une malade de 43 ans, observée « en 1859, et chez laquelle il existait, en même temps que des « douleurs ostéocopes du crâne, deux tumeurs du volume d'un



« œuf, situées à la région des ovaires et allongées suivant la « direction du ligament large. L'iodure de potassium, admi« nistré dans l'hypothèse d'une affection syphilitique des ovai« res, amena une diminution rapide de ces tumeurs, et, après « vingt jours de traitement, quand la malade demanda sa sor« tie, on put constater que l'une d'elles, celle du côté gauche, « avait diminué ou disparu, car on ne la trouvait plus à la « palpation. »

Peut-être serait-il possible d'en relever quelques autres observations dans les recueils scientifiques français et étrangers ? En tout cas, ces faits sont peu nombreux, puisqu'ils n'ont pas permis d'en ébaucher un chapitre de pathologie. Lancereaux, Alfred Fournier, Mauriac, Martineau, Jullien, Ivanovski (cité par Bonnet et P. Petit) et la plupart des syphiligraphes ne mentionnent que très brièvement ces lésions ovariennes ou ne leur consacrent que quelques lignes.

D'après les travaux de ces auteurs, la syphilis ovarique se manifesterait, au point de vue anatomo-pathologique, sous deux formes : La *forme gommeuse*, dont notre seconde observation serait probablement un nouvel exemple, et la *forme scléreuse* succédant à l'ovarite diffuse et se terminant soit par atrophie, soit par hypertrophie de l'organe. C'est à cette dernière forme qu'appartiendrait notre première observation.

Par *quels signes cliniques* ces lésions se révèlent-elles à notre examen? Le petit nombre de documents jusqu'alors publiés n'autorise guère à essayer d'en tracer un tableau ; aussi ne pouvons-nous que mettre en relief les caractères physiques et les phénomènes fonctionnels, dont les rapports réciproques concordent pour appuyer un diagnostic quelquefois discutable.

Dans un certain nombre de cas, qui correspondent à l'atrophie ovarienne, la lésion matérielle ne sera pas facilement reconnue, et, le plus souvent, on ne pourra émettre qu'une hypothèse, dont la valeur se jugera par les résultats du traitement. Mais il n'en sera pas de même si l'on a affaire à l'altération gommeuse ou à la sclérose hypertrophique. Les ovaires sont alors aisément perceptibles et l'exploration permettra de reconnaître leurs changements de forme et de volume et leur sensibilité.

Les troubles fonctionnels, qui résultent de cette dégénérescence ovarienne, sont également sujets à des variations. La douleur peut faire complètement défaut : d'autres fois elle est sourde, obtuse et peu prononcée, restant localisée à la région ovarienne ou s'irradiant dans différentes directions ; en ce dernier cas il y a lieu de tenir compte du degré de névropathie, sous l'empire duquel se trouve la malade, dont les fonctions menstruelles sont plus ou moins modifiées.

En effet, les irrégularités, les retards et la suppression momentanée ou permanente de la menstruation ont été signalés comme des accidents beaucoup plus fréquents que les métrorragies, quand la syphilis exerce son influence sur l'appareil génital. Dans ses leçons cliniques, le Pr Fournier insiste sur ces troubles et rappelle que, s'il faut parfois faire intervenir l'anémie comme facteur pathogénique, on doit admettre, comme indiscutable, chez quelques Femmes, l'action directe de la maladie.

« Il n'est pas douteux, écrit-il à ce sujet, que les divers trou« bles menstruels dont je viens de parler ne soient, dans la « plupart des cas, une conséquence de l'influence générale « exercée par la diathèse sur l'économie. Le plus souvent il « existe entre ces troubles et l'état de santé des Femmes syphi« litiques une relation intime qu'un clinicien attentif ne sau« rait méconnaître. La syphilis ayant pour résultat assez ha« bituel, chez les Femmes spécialement, d'affaiblir et d'ané« mier l'organisme, rien de plus naturel que, dans ces condi« tions, les règles se troublent, s'appauvrissent et finissent « même par se tarir provisoirement. Ce ne sont là, comme on « le sait, que des phénomènes communs à toutes les anémies, « à toutes les déglobulisations du sang, quelles qu'en soient « d'ailleurs l'origine et la nature.

« Mais ce qui n'est pas moins intéressant à préciser, c'est « qu'en d'autres cas, de semblables troubles menstruels se ma« nifestent et affectent même une intensité notable sans être « provoqués par un état de souffrance générale de l'économie. « J'en ai vu de ce genre chez des Femmes syphilitiques dont la « santé ne paraissait pas sensiblement altérée. J'ai plus d'une « fois observé par exemple — et cela non sans étonnement — « des retards et des aménorrées rebelles chez des malades, « qui ne semblaient en rien anémiques, qui ne présentaient ni « l'habitus extérieur, ni les signes stéthoscopiques de l'anémie. « Il serait donc exagéré, je crois, de rapporter exclusivement « à l'anémie les troubles menstruels de la période secondaire ; « ces troubles, en quelques cas, semblent très positivement « constituer une expression directe, un effet immédiat de la « diathèse. »

Il est assez difficile actuellement, en l'absence d'observations relatant en détail l'état de l'utérus et des ovaires, lorsqu'à la période secondaire on a noté ces perturbations ménorréiques, de bien reconnaître lequel de ces deux organes subit le plus l'action de la syphilis et auquel des deux revient la part unique ou prépondérante dans la production de ces accidents.

Quoi qu'il en soit, ils existent assez fréquemment même en l'absence de toute lésion locale, en apparence tout du moins, et c'est la tendance à l'aménorrée qui prédomine.

En est-il de même dans les périodes secondo-tertiaire et tertiaire, alors que l'ovaire est le siège d'une altération manifeste, gommeuse ou scléreuse ? Nous ne pouvons que poser la question sans chercher à la résoudre, car, si jusqu'à un certain point il est logique de supposer qu'il doit plutôt en être ainsi, les deux faits de métrorragies, que nous avons rapportés, sont de nature à faire rejeter toute conclusion exclusive.

Il nous parait donc utile d'attirer l'attention sur ces hémorragies utérines qui auront d'autant plus de valeur, en la circonstance, qu'elles ne pourront être rapportées à aucune autre lésion utéro-ovarienne. Elles constitueront un élément de diagnostic, qui viendra s'ajouter à la présence de tumeurs dans les régions ovariennes, parfois à la concomitance d'accidents syphilitiques et aux antécédents morbides, qui ne sont pas ordinairement des plus aisés à reconstituer.

Thérapeutiquement, on se conduira, à l'égard de la syphilis des ovaires, comme on le fait pour les autres manifestations de la maladie. Le traitement mixte devra être administré de préférence à l'iodure de potassium seul ; et, en utilisant soit les frictions mercurielles, soit les injections d'huile grise, dont les effets sont rapides, on aura des chances de voir disparaître, du moins chez quelques malades, des tumeurs ovariennes coïncidant avec des troubles aménorréiques ou métrorragiques, dont la véritable pathogénie restait inexpliquée.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

Lécorché. — Gomme des ovaires. (*Comptes rendus de la Soc. de biologie*, 1856.)
Richet. — Traité pratique d'anatomie chir., 5e édit., p. 701.
Lancereaux. — Traité de la syphilis, 1873, p. 229-230.
A. Fournier. — Leçons cliniques sur la syphilis, 2e édit., 1881, p. 722.
Mauriac. — Leçons sur les maladies vénériennes, 1890.
Martineau. — Affections de l'utérus et de ses annexes, 1879.
Klebs. — Syphilis des ovaires. (Handbuch der path. Anatoma, 1873, p. 826.)
L. Jullien. — Traité des maladies vénériennes, 1886, p. 1001.
S. Bonnet et Paul Petit. — Traité pratique de gynécologie, 1894, p. 142.
A. Ferrand. — Art. Ovarite. *Dict. encycl. des Sc. méd.* Paris, 1882, p. 760.
Monprofit. — Salpingites et ovarites. *Thèse de Paris*, 1888.
S. Pozzi. — Traité de gynécologie, 1897.

CONSIDÉRATIONS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

SUR L'IMPERFORATION DE L'HYMEN

Par J.-A. Ouimet.

Symptomatologie (1).

Souvent inaperçue dans le jeune âge, l'imperforation congénitale de l'hymen ne se révèle, la plupart du temps, qu'au moment de la puberté. A cette époque, elle donne, en effet, naissance à des troubles fonctionnels qui éveillent l'attention du clinicien et le portent à faire un examen direct. Une jeune fille, jusque-là bien portante,

(1) Voy. *Semaine Gynécologique*, p. 32, 1898.



éprouve, vers l'âge de 15 à 16 ans, tous les phénomènes qui caractérisent l'établissement de la menstruation, douleurs, gonflement des seins, troubles réflexes, etc., et cependant l'aménorrée est absolue, aucune perte sanguine n'est observée.

A la seconde époque menstruelle, ces troubles sont plus accusés ; on voit apparaître des douleurs plus ou moins intenses, plus ou moins persistantes, des sensations de pesanteur au niveau de l'hypogastre, des troubles de la miction, et la malade elle-même s'aperçoit parfois du développement progressif de son ventre.

Parfois on observe en même temps des phénomènes réflexes plus ou moins accusés, rarement des vomissements. Mais, presque toujours, un état particulier de malaise accompagné de douleurs, pouvant prendre des allures insolites et exiger le repos au lit.

L'examen direct permet facilement de distinguer la membrane hymen imperforée, faisant plus ou moins saillie entre les petites lèvres ; le toucher rectal donne la sensation d'une masse globuleuse située au devant du rectum ; le palper abdominal révèle aussi l'existence d'une tumeur plus ou moins volumineuse, suivant les cas, unique ou double, faisant corps avec la masse sentie par le toucher et recevant les mouvements imprimés à cette dernière. Cette tumeur abdominale reçoit aussi l'impulsion donnée par le doigt à l'hymen saillant au niveau de la vulve.

Parmi les troubles fonctionnels, il faut placer en première ligne l'aménorrée. L'absence du flux menstruel est complète ; c'est parfois à propos d'elle que le médecin est consulté ; mais ce symptôme pouvant tenir à des causes multiples et plus fréquentes, on conçoit que la vraie cause de l'aménorrée passe inaperçue.

Il faut toutefois se rappeler que, dans ce cas, l'absence du flux est absolue, les malades ne perdent rien, tandis que l'aménorrée d'une autre origine n'est jamais aussi complète, il faudra donc un interrogatoire minutieux et songer, lors d'aménorrée absolue, à l'imperforation de l'hymen. Les troubles de la miction sont un phénomène fréquent et intéressant à connaître, car ils sont dans quelques cas le signe révélateur, le symptôme dominant.

Ces troubles sont variables : tantôt il s'agit seulement d'un peu de dysurie ; tantôt il y a fréquence de la miction et besoin impérieux d'uriner, plus souvent enfin, on observe de la rétention d'urine.

Ce dernier phénomène est parfois le seul trouble fonctionnel ; c'est ainsi qu'on a vu des malades atteintes d'imperforation, soignées comme ayant de la rétention simple d'urine et sondées à plusieurs reprises sans que le médecin songeât à la véritable cause. Nous avons observé un cas de ce genre, ici, à Chicago, il y a quelques mois : le médecin avait pratiqué le cathétérisme, cherchait la cause du trouble urinaire, mais n'avait pas fait le diagnostic de l'imperforation, toujours parce qu'il n'avait pas examiné sa malade suffisamment ; et combien d'erreurs de diagnostic pour ne pas faire un examen suffisant de ses malades !

La rétention d'urine est généralement complète et nécessite presque toujours l'intervention. Elle peut persister pendant plusieurs jours, autant que dure la crise menstruelle, ou être passagère. Elle peut enfin se reproduire à l'époque des règles, rarement dans l'intervalle.

Il faudra donc toujours penser à l'imperforation de l'hymen lorsque, chez une jeune fille d'ailleurs bien portante, on observera, sans cause appréciable, de la rétention subite d'urine. Quant à l'interprétation pathogénique de cette rétention, elle a été donnée différemment suivant les auteurs.

Les uns ont pensé qu'il s'agissait d'une irritation propagée au col de la vessie : les autres ont supposé l'existence d'un réflexe. Mais la plupart des cliniciens ne voient dans ce fait qu'un simple phénomène de compression par la poche vaginale distendue, soit du col, soit du corps de la vessie, et produisant de la dysurie ou de la rétention, suivant les cas.

Les douleurs que l'on observe dans les cas d'imperforation méritent de fixer notre attention. Au point de vue de leur fréquence, on peut les classer après la rétention d'urine ; beaucoup de cas en effet, évoluant sans douleurs, et l'accumulation du sang se faisant sourdement, du moins dans les premières époques. Lorsqu'elles existent, ces douleurs, qui doivent être soigneusement distinguées des légères douleurs vésicales qui accompagnent la dysurie, peuvent avoir des degrés d'intensité variables. Dans quelques cas, les malades n'éprouvent qu'une sensation de gêne et de pesanteur au niveau de l'hypogastre ; dans d'autres cas, au contraire, elles sont prises de crises plus ou moins violentes, pouvant empêcher la marche, exigeant le repos au lit, et donnant parfois le change avec les affections aiguës de l'abdomen.

La douleur peut survenir par crises au moment de l'époque menstruelle ; c'est le cas le plus fréquent. Elle peut parfois se continuer dans l'intervalle, mais en ayant généralement moins d'intensité.

Des douleurs analogues accompagnent habituellement, chez certaines personnes, l'établissement de la menstruation ; il n'est pas rare de voir ce symptôme négligé ou mal interprété par la famille ou par le praticien, d'où grave erreur de diagnostic et souvent traitement inutile, intempestif et même dangereux. Donc en face d'une jeune malade, accusant des douleurs intenses et présentant de l'aménorrée absolue, on ne saurait trop avoir présent à l'esprit ce vice de conformation afin de procéder à l'examen direct.

Une dernière catégorie de troubles fonctionnels, quoique moins fréquente, doit être signalée ; nous voulons parler des symptômes réflexes et généraux qu'on peut observer à la suite de l'imperforation de l'hymen et de l'accumulation du sang cataménial.

Ces troubles réflexes peuvent être variables et, on le conçoit, en rapport avec le tempérament de la malade. On peut observer des vertiges, lipothymies et tendances aux syncopes, des névralgies réflexes, et parfois de véritables crises hystériformes. Ces troubles, d'ailleurs, disparaissent avec la cause qui leur donnait naissance.

Dans quelques cas, on observe une anxiété extrême avec crispation des traits et facies presque péritonéal. Mais les symptômes péritonéaux sont au complet dans les cas rares de rupture accidentelle de la poche et d'épanchement du sang dans le péritoine.

Examen direct. — Cet examen, auquel les malades se refusent par pudeur, dans bien des cas, est d'une grande simplicité et permet de trancher d'emblée la difficulté du diagnostic.

La simple inspection suffit pour apercevoir, entre les petites lèvres, la membrane hymen, oblitérant d'une façon complète l'orifice vulvaire.

Dans quelques cas, l'hymen présente une légère dépression vers la partie médiane ; dans d'autres, il est également épaissi et résistant dans toute son étendue; il réalise alors au plus haut degré, le *impediuntur purgatio, coitus et conceptio* des anciens.

Souvent l'hymen se présente repoussé en avant par le liquide accumulé dans le vagin, ressemblant assez à une tumeur violacée située entre les petites lèvres : dans quelques cas cependant, cette membrane, très hypertrophiée et dure, ne se laisse pas repousser et semble lorsqu'on la comprime, doublée d'un corps résistant.

Dans des cas rares, on peut trouver, avec l'imperforation, une anomalie des petites lèvres qui sont soudées en partie au niveau de leurs bords libres.

Lorsqu'on pratique le toucher rectal, on constate, avec la plus grande netteté, l'existence d'une masse de volume variable suivant les cas, d'une consistance assez ferme et comprimant plus ou moins la paroi rectale. Si l'on pratique en même temps le cathétérisme de la vessie, on se rend compte que la masse interposée entre cette dernière et le rectum, n'est autre que le vagin distendu par du liquide.

Du côté de l'abdomen, on peut avoir des renseignements non moins précis. Parfois la simple inspection révèle un développement anormal de la région hypogastrique. Ce développement peut atteindre rarement, il est vrai, des proportions telles qu'on a pu soupçonner et affirmer l'existence de la grossesse avancée.

La palpation fait reconnaître l'existence d'une tumeur dont le volume et la forme sont variables, suivant la durée de l'affection, suivant qu'il y a ou non dilatation concomitante de l'utérus et des trompes.

Dans tous les cas, cette tumeur est généralement assez mobile; elle fait corps avec la tumeur sentie par le rectum et se meut avec cette dernière ; elle reçoit les impulsions données à l'hymen et, lorsqu'on appuie au niveau de l'abdomen, on voit cette membrane saillir davantage au niveau de la vulve.

Il est en outre fréquent de constater, comme l'a fait M. Segond dans une remarquable observation, une sensation particulière de flot, lorsqu'on percute brusquement la tumeur hyménéale. Ce flot qui, suivant cet auteur, n'a ni la rapidité ni la clarté qui caractérisent le flot de l'ascite, est un indice certain de l'existence du liquide dans l'intérieur de la tumeur.

Lorsque le sang accumulé se limite à la cavité vaginale, la tumeur présente environ le volume d'une grosse poire allongée.

On peut, dans ce cas, sentir, à la partie supérieure ou sur les côtés, une masse un peu plus dure au niveau de laquelle on ne perçoit plus la sensation du flot : cette masse n'est autre que la matrice généralement augmentée de volume, alors même qu'elle n'est pas distendue, à proprement parler. Lorsque la distention existe, le volume de la tumeur sentie par le palper peut être trois ou quatre fois plus grand ; en appliquant la main à plat, on sent une consistance uniforme et on peut, à la rigueur, percevoir la fluctuation. Lorsque les trompes sont distendues, on observe de chaque côté deux masses globuleuses, grosses comme une orange et adhérentes à la tumeur principale. Cette palpation doit être soigneusement faite, car il importe, pour l'intervention et le pronostic, de reconnaître l'état de l'utérus et de ses annexes.

Il n'est pas rare enfin de trouver, à côté de la grosse tumeur, une ou deux petites masses, du volume d'un œuf de pigeon, et souvent douloureuses, qui ne sont autre chose que les ovaires plus ou moins déplacés.

Dans nombre de cas, surtout lorsqu'il n'y a pas d'altération de la matrice ni des annexes, la palpation est peu ou point douloureuse. Elle est au contraire, parfois intolérable, lorsque ces complications existent.

Complications. — Les désordres consécutifs à l'imperforation de l'hymen se produisent, en général, lentement. Souvent nuls dans les premières époques menstruelles, ils apparaissent périodique-

ment et s'accentuent au fur et à mesure que le sang s'accumule dans les organes génitaux internes.

Certaines malades ne sont réellement tourmentées qu'au bout de huit à dix mois de rétention ; d'autres le sont plus rapidement. On cite enfin un cas où les troubles fonctionnels se produisirent périodiquement, pendant plusieurs années, s'accompagnant d'augmentation lente du ventre et d'épistaxis supplémentaires. La terminaison favorable par ulcération spontanée et rupture de l'hymen est une éventualité trop rare sur laquelle il ne faut jamais compter.

Il est plus fréquent de voir survenir en effet, si l'on n'intervient pas à temps, des complications qui peuvent avoir de funestes conséquences. M. Pozzi dit même que, dans beaucoup de cas, cette affection méconnue a entraîné la mort des malades. Ces complications sont : la distension de l'utérus, la dilatation des trompes, la rupture de ces trompes dans la péritoine après évacuation, la rupture accidentelle et la transformation purulente de la collection, soit avant, soit après l'évacuation.

Mais cette dernière complication est imputable, comme il est bien entendu, au défaut de précautions antiseptiques.

La dilatation de la matrice s'observe très fréquemment dans les cas un peu anciens surtout. Dans les cas récents, c'est-à-dire dans ceux dont la durée ne dépasse pas six ou dix mois environ la dilatation est pour ainsi dire nulle. On observe cependant et presque toujours, un certain degré d'hypertrophie de l'utérus dont le col est généralement ramolli et légèrement entr'ouvert. Lorsque les cas sont assez anciens pour qu'on observe de la distension véritable de la cavité utérine, il est fréquent, quoiqu'elle puisse exister seule, de la voir coïncider avec la dilatation des trompes.

La rupture de la poche kystique dans le péritoine peut s'observer, soit d'une façon accidentelle, par un choc sur l'abdomen, soit spontanément, soit après l'évacuation du liquide contenu dans le vagin et la cavité utérine.

La rupture accidentelle a été observée, quoique rarement. Quant à la rupture spontanée elle aurait été observée aussi rarement. Mais, suivant les auteurs qui en parlent et que nous avons pu consulter, cette complication ne s'annoncerait pas généralement avec fracas ; c'est presque toujours lentement que la rupture se fait, et les adhérences qui se forment au fur et à mesure parent aux accidents péritonéaux aigus. Dans ces conditions, il n'est pas bien facile d'en faire le diagnostic avant d'avoir évacué et de pouvoir pratiquer le toucher vaginal.

La rupture de la trompe dilatée dans la cavité péritonéale a été observée à la suite d'une évacuation trop brusque du sang. Cet accident a été dans quelques cas suivi de mort par le fait de l'effusion de sang dans le péritoine.

On observe alors toute la série de symptômes péritonéaux et ceux d'une hémorragie interne : ballonnement du ventre, angoisse, crispation des traits ; petitesse et irrégularité du pouls, pâleur de la face, refroidissement des extrémités, et parfois, syncope mortelle.

L'interprétation attentive de la plupart des faits montre que la rupture se produit par la distension extrême des trompes, qui entraîne un amincissement considérable de leurs parois. La transformation purulente du liquide hématique est une complication grave qui peut s'observer soit spontanément soit à la suite de l'intervention.

Spontanément, cet accident se produit bien rarement. Nous le trouvons néanmoins mentionné par quelques auteurs. Après l'intervention au contraire, cet accident était pour ainsi dire la règle autrefois, alors qu'on ne prenait aucune précaution antiseptique. Presque toujours les malades étaient prises de fièvre et succombaient souvent sous l'influence d'une abondante suppuration et de phénomènes septicémiques. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle les anciens redoutaient l'intervention chirurgicale franche, dans ces cas où elle était plus qu'indiquée, et avaient recours à des procédés plus ou moins détournés.

Actuellement, depuis l'avènement de la méthode antiseptique, on peut affirmer que cette complication ne doit pas exister. Il suffit, en effet, d'opérer suivant les règles bien connues de l'antisepsie pour ne pas avoir à redouter un semblable accident.

Pronostic. — Il dépend de l'état de la malade, de la durée de l'affection, des troubles déjà produits, et, ne l'oublions pas, de l'observation minutieuse des règles antiseptiques dans le traitement chirurgical.

Dans l'imperforation de l'hymen simple, datant de peu de temps, et bien traitée, le pronostic est favorable. Il est moins satisfaisant lorsqu'on a affaire à une distension accusée des trompes, la rupture dans le péritoine est à craindre en effet. Mais, même dans ce cas, le chirurgien n'est pas désarmé ; il lui reste comme dernière ressource, la laparotomie et l'ablation d'une ou des deux annexes. Les cas ne se comptent plus, actuellement, où cette opération a dû être pratiquée et a été suivie de succès.

Le pronostic devient sérieux enfin lors de la transformation putride, mais, nous aimons à le répéter, on peut parer à cet accident.

Traitement.

L'avènement de la méthode antiseptique a modifié profondément le pronostic de l'intervention chirurgicale dans le cas d'imperforation de l'hymen et simplifié les procédés opératoires.

Nous ne sommes pas encore loin de l'époque où la moindre manœuvre gynécologique était suivie de septicémie ou de complications péritonéales, où le pincement du col, l'introduction d'un hystéromètre, la dilatation de la cavité cervicale par la laminaire ou l'éponge préparée, suffisaient pour entraîner des métro-péritonites rapidement mortelles. Et cependant, pour prévenir tous ces accidents, il suffisait de se placer dans certaines conditions d'antisepsie, d'autant plus remarquables dans leurs effets qu'elles sont plus simples dans leur réalisation.

En présence d'une imperforation de l'hymen, quelle conduite tenir ?

S'il s'agit d'une enfant il faut opérer ; il n'y a pas intérêt à tergiverser, à attendre la puberté. Il y a au contraire avantage à intervenir de bonne heure, puisque le danger résulte de l'établissement des règles qui, ne trouvant pas d'issue, s'accumulent dans le canal pelvi-génital. S'il s'agit d'une jeune fille déjà pubère, cas habituel, il faut encore opérer le plus tôt possible.

La plupart des chirurgiens attendent le période intermenstruelle. Pourquoi ? parce que la Femme, pendant ses règles, est une sorte de *noli me tangere* consacré par un préjugé profondément enraciné. On peut se conformer à cet usage, mais s'il existe la moindre indication, il ne faut pas hésiter à intervenir. Il est démontré aujourd'hui qu'on peut pratiquer toutes les opérations gynécologiques pendant la période des règles. Il n'est qu'une condition requise, c'est la propreté antiseptique. Tous les accidents attribués en pareil cas à la menstruation, sont dus à des inoculations septiques. L'intervention sera chirurgicale et largement chirurgicale : c'est dire qu'il faut repousser l'emploi des caustiques, la déchirure avec l'ongle, les ponctions pratiquées soit avec les appareils aspirateurs. Voici la technique de l'intervention chirurgicale admise par des maîtres, comme MM. Segond, Bouilly, Pozzi. D'abord, placer la malade dans la position obstétricale ; antisepsie des mains du chirurgien et des aides. Lavage au savon et au sublimé de la vulve et de l'hymen. Incision de l'hymen au bistouri. Avec des ciseaux prolonger l'incision en haut et en bas, puis fendre transversalement, de façon à avoir une incision cruciale. Pendant l'évacuation, la main d'un aide reste appliquée sur le ventre de la patiente sans exercer de pression. Le bandage, préconisé par M. Segond remplit l'indication. Irrigation du foyer sanguin avec un liquide antiseptique, (liqueur de Van Swieten dédoublée ou solution d'acide phénique à 25 pour 1000) drainage avec un tube en caoutchouc gros et long, ou bien avec une mèche de gaze iodoformée très longue. Saupoudrer la vulve avec de l'iodoforme ou du salol. Pansement avec gaze iodoformée ou salolée. Ouate antiseptique et bandage en T, pansement trois fois par jour. Chaque fois, sonder la malade et faire une injection. Au bout de huit jours, dans les cas du moins où la distension ne porte pas sur les trompes, la malade, à l'abri de toute complication, peut se lever et vaquer à ses occupations.

Lorsque l'utérus, et surtout la trompe, sont dilatés, la conduite à tenir est la même ; mais il faut redoubler de prudence et s'abstenir plus que jamais de pression sur le ventre. On maintiendra la malade au lit, jusqu'à ce que l'utérus ait subi son involution ; ce n'est que lorsque tout sera rentré dans l'ordre qu'on lui permettra de se lever.

Observation : (personnelle).

En novembre dernier, je fus appelé auprès d'une jeune fille de 16 ans, dont l'abdomen était tellement développé que l'on aurait pu croire à l'existence d'une grossesse fort avancée ; mais en voyant saillir de la vulve une tumeur grosse comme un œuf, bleuâtre, obturant entièrement l'entrée du vagin et ne laissant voir aucune séparation entre elle et les parois de ce conduit, il me fut impossible de ne pas savoir à quoi j'avais affaire : rétention d'urine depuis vingt-quatre heures, la vessie est pleine de liquide et très distendue. Après avoir constaté qu'il y avait imperforation de l'hymen, je vidai la vessie et fis à l'hymen une incision cruciale qui donna issue à un flot de sang liquide et sans odeur. La rétention d'urine ne se produisit plus depuis, les règles ont suivi leur cours ordinaire, et je puis assurer que la jeune fille, actuellement, est très appétissante, et bonne à marier sous tous les rapports.

Conclusions.

1° L'imperforation de l'hymen n'est reconnue qu'accidentellement chez l'enfant. A la puberté, la rétention du flux menstruel détermine un certain nombre de symptômes, qui doivent éveiller l'attention du médecin et diriger les investigations du côté des organes génitaux. L'examen direct seul fera éviter ces erreurs grossières du diagnostic que nous trouvons signalées dans les observations (rétention simple d'urine, grossesse).



2° La complication la plus grave réside dans la rupture des trompes dilatées et dans l'apparition soudaine d'une hématocèle retro-utérine susceptible, si elle n'est traitée à temps, d'entraîner la mort.

3° Le diagnostic est facile ; toutes les erreurs résultent, ou d'une ignorance coupable, ou, et surtout, d'un examen incomplet et superficiel.

4° Le pronostic est très bénin, seule la rupture de la trompe pourrait l'assombrir. Cet accident n'est pas cependant irrémédiable, la laparotomie doit en triompher sûrement.

5° Le traitement est exclusivement chirurgical, une seule condition le domine : l'antisepsie. Avec elle s'évanouissent tous les dangers et toutes les craintes, qui arrêtaient la main du chirurgien il y a vingt ans. L'incision cruciale, largement pratiquée, les injections vaginales données avec soin ne provoqueront jamais ces pelvipéritonites et ces septicémies tant redoutées autrefois.

Grâce aux progrès réalisés en gynécologie, cette intervention est une des plus simples de la chirurgie. Elle est à la portée de tous les médecins et c'est là, une condition qui, à notre sens, ne manque pas d'importance.

(*Clinique de Montréal*, t. IV, n° 8, 1888.)



REVUE FRANÇAISE

A. Moulonguet. — HYSTÉRECTOMIE TOTALE PAR VOIES COMBINÉES : HYSTÉRECTOMIE ABDOMINO-VAGINALE ET VAGINO-ABDOMINALE. (*Archiv. provinc. de chirurgie*, mai 1898.)

GÉNÉRALITÉS. — *Définition. Synonymie.* — L'hystérectomie abdomino-vaginale et l'hystérectomie vagino-abdominale sont des opérations qui consistent à enlever l'utérus dans sa totalité, corps et col en se servant successivement de la voie abdominale et de la voie vaginale. Si les premiers temps s'exécutent par l'abdomen et qu'on intervienne ensuite par le vagin, on dit : *Hystérectomie abdomino-vaginale.* Si la succession des temps opératoires est inverse, on dit : *Hystérectomie vagino-abdominale.*

L'une et l'autre de ces interventions peuvent être désignées sous le nom d'*Hystérectomie par la voie combinée.*

Nous décrirons dans ce chapitre des procédés assez différents, puisque certains de leurs auteurs se servent du vagin pour extraire le col, et une partie de la tumeur, alors que d'autres assurent seulement l'hémostase par cette voie, ou se servent d'elle pour faciliter l'ouverture des culs-de-sac vaginaux.

Par contre, nous ne décrirons ni les opérations de Meinert, ni de Byford, puisqu'elles ne sont que des hystérectomies abdominales partielles, dans lesquelles, pour traiter le pédicule, ils ont ouvert : le premier, le cul-de-sac vaginal postérieur ; le second, le cul-de-sac vaginal antérieur.

Historique. — Bardenheuer (1881), pour l'hystérectomie vagino-abdominale, Péan pour l'hystérectomie abdomino-vaginale, ont décrit minutieusement un manuel opératoire complet. Nous donnerons, en outre, les procédés de Doyen, Lamphear, Richelot, Boldt, Martin, Gouilloud, Le Bec, Rouffart, Jacobs et le nôtre.

MANUEL OPÉRATOIRE. — *Préparatifs. — Aides. — Instruments.* — La question de technique opératoire doit être traitée tout au long, en décrivant l'hystérectomie abdominale et l'hystérectomie vaginale. Le faire pour « la voie combinée » serait inutile. Nous nous bornerons donc à signaler ce qu'elle a de particulier dans chaque procédé spécial.

I. — HYSTÉRECTOMIE ABDOMINO-VAGINALE.

MANUEL OPÉRATOIRE. — I. *Procédé de Péan.* — Dans un premier temps on fait l'hystérectomie abdominale supra-vaginale ; dans un second temps, on morcelle, par le vagin, le col de l'utérus et tout ce qui reste de la tumeur.

1er *temps.* Après l'ouverture des parois abdominales, on cherche à détacher les adhérences avec les doigts, les ciseaux, ou le bistouri ; on embroche la tumeur avec le gros trocart courbe à manche de Péan et on l'attire au dehors par un mouvement de bascule. Si elle est unique, on place aussi bas que possible, près du col, une ligature élastique maintenue par une forte pince et on excise toute la partie de la tumeur située au-dessus à quelques centimètres de la ligature. Si elle est multilobée, on pratique son ablation progressivement, après avoir placé une ligature à la base de chaque lobe ; puis une ligature est placée près du col comme précédemment et la tumeur enlevée. En cas de pédicule volumineux, il est bon d'appliquer une deuxième ligature au-dessous de la première. Le pédicule est traversé d'avant en arrière, immédiatement au-dessus de la ligature élastique, par un fil métallique double enfilé dans une forte aiguille courbe. On coupe l'anse et on retire l'aiguille. Chacune des moitiés du fil métallique embrasse la moitié du pédicule et le ligament large correspondant. Ses deux chefs fortement serrés sont tordus au serre-nœud et les bouts sont sectionnés à un centimètre du pédicule, puis raplatis et cachés dans le pédicule. Le volume du pédicule peut obliger à multiplier le nombre des fils métalliques. Le lien élastique est ensuite retiré. On fait l'antisepsie du moignon en lavant sa surface avec les éponges imbibées de sublimé au 1/1.000 ou en la touchant au thermocautère et la saupoudrant de poudre d'iodoforme. Pour plus de sécurité encore, n'était la perte de temps, on pourrait la recouvrir en suturant les deux tranches péritonéales du moignon. Le lien élastique, fortement serré, serait suffisant pour assurer l'hémostase jusqu'à la fin de l'opération, et son maintien supprimerait les manœuvres un peu longues que nécessite la ligature métallique. Toutefois, Péan préfère lui substituer cette dernière, craignant de le couper d'un coup de ciseau ou de couteau et d'avoir une hémorragie au moment du morcellement de la tumeur par la voie vaginale. Les 3/4 supérieurs de la plaie abdominale sont fermés. Sur le 1/4 inférieur, on jette une suture provisoire, profonde, modérément serrée, qui permet d'ouvrir immédiatement, au cas d'une hémorragie, pendant le deuxième temps de l'opération. Un pansement provisoire est appliqué sur la plaie.

2e *temps.* La malade est placée dans la position de Sims et on procède en détail au manuel opératoire de l'hystérectomie vaginale, en prenant garde de ne point accrocher avec le bec de l'écarteur la ligature métallique du moignon, dont l'hémostase pourrait être ainsi compromise. Quand le pédicule est petit, abaissable et mobilisable, on le fait basculer, et on pince les ligaments larges de haut en bas ; quand il est gros, difficilement abaissable, on l'extrait en suivant les règles du morcellement et d'évidement des fibromes par la voie vaginale. On fait le pansement vaginal et on termine la suture des parois abdominales.

Le procédé de Péan est le véritable type de l'hystérectomie abdomino-vaginale en deux parties et en deux temps. La portion supérieure de la tumeur est extraite par l'abdomen, la portion inférieure par le vagin. Le 2e temps, vaginal, ne commence que lorsque le 1er temps, abdominal, est terminé.

II. *Procédé de Doyen.* — La tumeur sortie du ventre est rabattue en avant sur le pubis, recouvert de serviettes stérilisées ; le péritoine est incisé d'un seul coup depuis le cul-de-sac de Douglas, jusque sur le point le plus saillant de la tumeur. Le vagin est ouvert en arrière du col, sur une pointe introduite par la vulve. Le péritoine est alors vivement sectionné sur toute la surface de la tumeur, de façon que la section en forme de raquette, et partant, pour y revenir, de la section longitudinale postérieure de la séreuse, suive à peu près l'équateur de la tumeur, et passe latéralement au-dessus des annexes, et en avant très loin de la vessie. Faisant alors tenir entre les doigts de l'aide le ligament large gauche, l'opérateur le détache rapidement de l'utérus avec les ciseaux ou le bistouri, en prenant soin d'empiéter légèrement sur le tissu utérin. Une ligature, jetée au-dessus des annexes, suffit d'ordinaire pour assurer l'hémostase.

La séreuse est alors rapidement décollée, avec les doigts ou des ciseaux mousses, des faces antérieure et postérieure de la tumeur, et le deuxième ligament large est, à son tour, détaché et lié. Il est alors aisé, en rasant le tissu utérin, de détacher d'un seul coup, en complétant la décortication sous-péritonéale, la totalité de la tumeur, y compris le col visible par l'incision du cul-de-sac postérieur. C'est à peine s'il est nécessaire de lier isolément une ou deux artérioles au voisinage du col. Les fils qui assurent l'hémostase des pédicules latéraux sont passés dans le vagin, ainsi que la vaste collerette péritonéale qui entoure la tumeur. Le ventre est momentanément fermé à l'aide de trois ou quatre pinces à griffes émoussées, et l'hémostase définitive des ligaments larges est pratiquée à l'aide de deux pinces à mors élastiques placées à la vulve. On fait alors la toilette du péritoine, on tampone le vagin, en plaçant, au besoin, au-dessous du tampon de gaze un double drain, et l'on ferme par un surjet le péritoine pelvien.

III. *Procédé de Lamphear.* — Après la laparotomie, ligature des vaisseaux ovariens et du ligament large, l'utérus étant en place, et puis section du ligament large entre la ligature et une pince accolée à l'utérus. L'organe ainsi dégagé est attiré à travers la plaie abdominale. Incision du cul-de-sac péritonéal vésico-utérin, décollement de la vessie. Puis l'opérateur met un doigt dans le vagin et perfore aux ciseaux de haut en bas le cul-de-sac vaginal antérieur. Même manœuvre en arrière. L'utérus ainsi dégagé est confié à un aide qui le tire en haut et latéralement. Il introduit alors par le vagin sur les ligaments larges une pince à hystérectomie de Polk, dont les mors guidés par la main restée dans le ventre, rasent l'utérus et embrassent les ligaments larges jusqu'au niveau ou s'arrêtent les ligatures. L'utérus, après section des pédicules latéraux, est enlevé par l'abdomen avec les annexes.

IV. *Procédé de Richelot.* — Se servant du plan incliné, modifié pour la facilité des manœuvres dans le vagin, Richelot, après l'ou-



verture du ventre, fait, quand la situation l'exige, l'énucléation préliminaire des fibromes, à l'aide d'une incision verticale. Puis, il taille un lambeau péritonéal pour séparer la vessie et la rejeter derrière le pubis. Placé à gauche de la malade, il introduit dans le vagin l'index gauche qui lui montre la direction pour ouvrir avec les ciseaux, de haut en bas, le cul-de-sac vaginal antérieur et agrandir cette ouverture en rasant le col. L'index quitte le vagin; l'opérateur passe à droite de la malade.

Embrassant avec la main gauche successivement les deux ligaments larges, il perfore leur base d'avant en arrière avec la pointe des ciseaux mousses, au ras du col, immédiatement au-dessus de l'insertion vaginale, au-dessous de l'artère utérine. Une pince courbe sur champ, de neuf à dix centimètres et ayant beaucoup « de bande » pour serrer à son extrémité aussi bien qu'à sa base, est introduite par le vagin. Son mors postérieur est passé dans l'orifice qui perfore la base du ligament large, et la pince est glissée en dehors de la trompe et de l'ovaire, jusqu'au sommet du ligament large qu'elle embrasse facilement dans toute sa hauteur, si l'énucléation préliminaire des fibrômes a été faite et si le segment inférieur est libre. Avec une deuxième pince pareille, on traite de la même façon l'autre ligament large.

L'utérus est détaché rapidement ; alors seulement on sectionne l'incision postérieure du vagin, pour libérer complètement la tumeur et l'extraire par l'abdomen. La tranche vaginale postérieure est hémostasiée avec deux ou trois longuettes passées par le vagin. Le pansement est fait par le vagin en plaçant un écarteur antérieur sur lequel glisse un tampon d'ouate iodoformée qui affleure et bouche la plaie vaginale, puis au-dessous un deuxième et un troisième tampons iodoformés.

V. *Procédé de Martin* (1re *manière*). — A l'inverse de Péan, qui a abandonné l'hystérectomie abdomino-vaginale, Martin préfère aujourd'hui l'abdominale pure à l'abdomino-vaginale. — Voici comment il pratiquait. Il faisait, par l'abdomen, l'hystérectomie supra-vaginale après ligature élastique provisoire. Puis un assistant libérait le col par le vagin ; après quoi le chirurgien terminait l'opération par l'abdomen, en liant les ligaments larges et décollant la vessie.

VI. *Procédé de Goullioud.* — 1er *Temps.* Laparotomie, extirpation de la tumeur, section de l'isthme après ligature de la partie supérieure du ligament large de chaque côté. — 2e *Temps.* Extirpation du pédicule utérin d'après le procédé d'hystérectomie vaginale. — 3e *Temps.* Suture abdominale.

VII. *Procédé de Le Bec* (1re *manière*). — Après la laparotomie, il fait passer, dans l'espace cellulo-graisseux qui sépare les deux groupes externe et interne de vaisseaux des ligaments larges, un premier fil, qui étreint l'artère et les veines utéro-ovariennes. Puis on place une pince courbe sur l'ovaire et la trompe et on coupe entre la pince et la ligature. On lie ensuite le ligament rond. Cela fait, on dissèque la vessie de haut en bas et on place un tube de caoutchouc sur le pédicule, le plus bas possible. La tumeur est coupée au-dessus de lui. Une pince de Museux ferme la cavité utérine et peut servir à attirer le moignon.

La malade étant alors placée dans la position gynécologique, on aborde le vagin. On ouvre les culs-de-sac péritonéaux et le moignon n'est plus retenu que par l'extrémité inférieure des ligaments larges où se trouve l'artère utérine. On introduit une main dans le ventre et on reconnaît la position du moignon. De l'autre main libre, on place, par le vagin, les longues pinces à ligaments larges de chaque côté du moignon pendant que la main, introduite dans le ventre, vérifie leur situation et s'assure que le pincement ne laisse rien à désirer. On n'a plus qu'à détacher le col en coupant à une petite distance des pinces.

II. — HYSTÉRECTOMIE VAGINO-ABDOMINALE.

MANUEL OPÉRATOIRE. — I. *Procédé de l'auteur.* — Je pratique cette opération de la façon suivante :

La malade étant dans la position obstétricale, les cuisses fortement relevées sur le bassin, je me place et m'asseois comme si j'allais faire une hystérectomie vaginale, et, en effet, le 1er temps de l'opération est le même à savoir : application des valves, saisie et tractions sur le col, incision elliptique du vagin, décollement de la vessie en avant et du rectum en arrière avec les doigts et les ciseaux mousses. Le décollement est poussé le plus haut possible, en cherchant à ouvrir les culs-de-sac péritonéaux antérieur et postérieur. J'applique alors sur la base du ligament large, de chaque côté, une grande pince à mors longs (10 centimètres). Cette pince ne mord la base du ligament large que par son extrémité et sur une hauteur d'environ deux centimètres. Puis, si le col est gros ou suintant, je résèque le museau de tanche d'un coup de bistouri. J'assure au besoin l'hémostase de la tranche vaginale postérieure ; je place un tampon de gaze iodoformée forte dans le vagin, j'enveloppe l'extrémité libre des grandes pinces, hors de la vulve, avec une compresse stérilisée et j'abandonne la voie vaginale d'une façon définitive pour n'y plus revenir que pour le pansement.

Après un nouveau lavage des mains, et restant entre les cuisses de la malade qui ont été abaissées, j'incise la paroi abdominale, je découvre la tumeur et je l'attire à l'extérieur. Dans les cas faciles, quand la tumeur bascule aisément, quand les culs-de-sac péritonéaux ont été ouverts par le vagin, on voit dans le ventre l'extrémité des mors des pinces. Je saisis, l'un après l'autre, chacun des ligaments larges dans la main gauche, et, de la main droite, j'ouvre la pince vaginale correspondante et je la pousse, en la voyant et en la guidant sur les doigts de la main gauche, jusqu'au sommet du ligament large qu'elle embrasse dans toute sa hauteur en dehors de la trompe et de l'ovaire. L'utérus est isolé et enlevé par l'abdomen. Deux nouvelles pinces sont introduites par le vagin et viennent de chaque côté, en dedans de la première, saisir le sommet du ligament large sectionné et l'empêcher de déraper. La suture abdominale et le pansement iodoformé du vagin terminent l'opération.

Il peut se faire que le volume de la tumeur et la hauteur des ligaments larges gênent l'application des deux grandes pinces qui doivent les saisir. On agit alors, dans le deuxième temps de l'opération, comme si on voulait faire une hystérectomie supra-vaginale. On enserre la tumeur et les ligaments larges, aussi bas que possible, avec un lien élastique serré et pincé entre les mors d'une pince ; on enlève toute la masse située au-dessus, on aseptise et on recouvre d'une compresse la tranche de section. Il est plus facile de voir et de manœuvrer dans le petit bassin, et les ligaments larges, diminués de hauteur par la constriction du lien élastique, sont saisis et traités comme précédemment. On n'a plus qu'à sectionner en dedans des pinces et à extraire par l'abdomen le segment inférieur de l'utérus et ce qui reste de la tumeur.

Quand il n'a point été possible d'ouvrir par le vagin, dans le premier temps, les culs-de-sac péritonéaux, cette incision ainsi que le décollement complet de la vessie sont singulièrement facilités par la présence des deux pinces vaginales placées sur la base des ligaments larges. En effet, l'aide appuie sur les extrémités libres de ces pinces et fait saillir dans l'abdomen les mors que l'opérateur reconnaît sous les doigts. Réunissant en avant et en arrière, par deux incisions transversales qui rasent l'utérus, ces points de repère nettement perceptibles, il ouvre les culs-de-sac et dégage les mors des pinces qui seront ensuite poussés jusqu'au sommet des ligaments larges.

Enfin, quand la difficulté de dégager la tumeur, quand la présence de l'intestin conseillent l'emploi du plan incliné, l'opérateur, au lieu de rester entre les jambes de la malade, se place à sa droite, son aide en face, et les différentes étapes de l'opération s'effectuent de la même manière.

II. *Procédé de Bardenheuer.* — 1er *Temps* (*Vaginal*). Incision vaginale, passant en avant, à un centimètre du col, et en arrière, à un centimètre et demi ou deux centimètres, pour ne pas craindre l'accumulation des liquides en un point plus déclive que l'incision vaginale. Lavage du vagin dans lequel on place une éponge.

2e *Temps* (*Abdominal*). Incision débordant la symphyse pubienne de un centimètre à un centimètre et demi. En cas de nécessité absolue, les muscles droits sont détachés. Suture du péritoine pariétal à la paroi abdominale. Contention des intestins par des compresses chaudes thymolées. La tumeur est attirée au dehors et les ligaments larges suturés au catgut par deux ou trois plans en étage placés le plus bas possible. Le péritoine est ensuite séparé de l'utérus par une incision curviligne qui, partant du sommet d'un ligament large, descend jusqu'au cul-de-sac vésico-utérin et remonte jusqu'au sommet de l'autre ligament large. La vessie est attirée par un aide contre la symphyse pubienne et l'index droit, mis dans le vagin, complète l'effondrement du cul-de-sac antérieur et élargit l'ouverture jusque sur les côtés de l'utérus.

Même manœuvre en arrière. Les ligaments larges sont sectionnés le long de l'utérus, d'abord au niveau de la première, puis de la deuxième, puis de la troisième zone de ligatures. Il ne reste plus qu'un petit pont rattachant de chaque côté l'utérus à la partie latérale du vagin. Il est lié en une ou plusieurs fois et sectionné. Toute la masse est extraite par le ventre. Toilette du péritoine à l'eau phéniquée à 2 %. La section inférieure et postérieure du péritoine est suturée au bord postérieur de l'incision vaginale. Même suture en avant. Drainage parfait abdomino-vaginal assuré par cette suture et par deux drains vaginaux, dont l'un en T, remonte jusqu'à la partie la plus élevée de l'excavation pelvienne sur laquelle est fixée, par une suture de pelletier, un filet de catgut de la largeur d'une pièce de cinq francs. A la partie inférieure de la suture abdominale, Bardenheuer met également deux petits drains dans le cul-de-sac qui existe entre le péritoine et la paroi. Pansement abdominal et vaginal, et nettoyage journalier des drains vaginaux.

III. *Procédé de Boldt.* — Boldt commence, après l'incision du vagin, à dégager la vessie aussi haut que possible, et cherche à ouvrir les culs-de-sac péritonéaux ; puis il lie, par le vagin, la base



des ligaments larges et introduit une mèche iodoformée qui remonte dans la cavité péritonéale. L'opération est continuée par le ventre après distension de la vessie, par une injection boriquée tiède. Les ligaments larges sont liés, la tumeur enlevée et le péritoine pelvien et le vagin suturés isolément, de telle sorte qu'en regardant par en haut, on ne voit que le surjet de catgut qui ferme le péritoine. Il ne fait le drainage vaginal, avec une mèche iodoformée, que dans certains cas d'inflammation antérieure.

IV. *Procédé de Rouffart.* — Après l'incision du vagin au pourtour du col, le décollement aussi étendu que possible en avant et en arrière de la vessie et du rectum, l'ouverture des culs-de-sac péritonéaux, quand elle est possible, on place des pinces à forcipressure sur les ligaments larges, et on sectionne ces ligaments en dedans des pinces. On fait un léger tamponnement qui soutient les pinces. Le deuxième temps de l'opération est la cœliotomie. On ouvre le ventre, on incise le péritoine sur la face antérieure de l'utérus, on décolle la vessie. On procède à la ligature de la partie supérieure du ligament large en passant un fil de soie, au moyen d'une aiguille mousse, au-dessous de l'extrémité supérieure des pinces que l'on a passées par le vagin. La section des ligaments larges se fait en dedans de ces ligatures. L'utérus, libre de toute attache, est enlevé en bloc sans qu'à aucun moment on ait ouvert la cavité utérine.

V. *Procédé de Jacobs.* — Jacobs fait l'incision des culs-de-sac vaginaux au thermocautère, puis le pincement des artères utérines. Dans un deuxième temps, il pratique l'ouverture des parois abdominales et amène la tumeur au dehors. Il place sur les ligaments larges, par l'abdomen, des pinces combinées de telle façon qu'on peut immédiatement en remplacer le manche par le vagin sans changer le mors de l'instrument. La tumeur est enlevée en totalité par l'abdomen, après section des ligaments en dedans des pinces. La plaie refermée, on fait un pansement vaginal.

VI. *Procédé de Delaunay.* — Delaunay commence l'opération par le temps vaginal : incision circulaire du vagin, décollement de la vessie et du rectum, pincement des utérines, hémostase de la tranche vaginale postérieure. Puis il passe à la voie abdominale, et, après avoir libéré et dégagé la tumeur, il place, de haut en bas, sur les ligaments larges, plusieurs étages de pinces à mors longuets. On sectionne ensuite ces ligaments larges en dedans des pinces et on enlève la tumeur, corps et col compris, par l'abdomen. S'il y a des fibromes dans les ligaments larges, la manœuvre est difficile, mais on les énuclée. On assure l'hémostase définitive en remplaçant les pinces abdominales par des ligatures ou par d'autres pinces passées par le vagin. Il préfère une série de pinces en étage à la grande pince qui embrasse toute la hauteur du ligament, craignant que celle-ci ne prenne dans ses mors une trop grande épaisseur de tissus. Sa pression pourrait, dans ces cas, être assez forte pour accoler les parois des vaisseaux et obtenir une hémostase provisoire, mais elle ne serait pas suffisante pour les écraser et il craindrait une hémorrhagie au moment de l'ablation de la pince.

Suites opératoires et complications. — Le traitement consécutif à faire suivre aux malades opérées par la « voie combinée » n'offre rien de spécial, et, pour la question des pansements ou des accidents possibles, nous renvoyons aux travaux sur l'hystérectomie abdominale totale et l'hystérectomie vaginale.

Toutefois, si l'on a placé de grandes pinces à demeure par le vagin, il est bon de se rappeler que les vaisseaux, nourrissant ces grosses tumeurs, sont habituellement très volumineux, et que la constriction des pinces est d'autant moins efficace que la masse ligamenteuse saisie est plus considérable. Il sera prudent de n'enlever les pinces qu'à la fin du 3e jour ou même 72 heures après l'opération.

Indications et contre-indications. — Il me paraît évident qu'il n'y a point de règle précise à poser pour faire choix de la voie purement abdominale, ou de la voie combinée, et ce choix repose surtout sur les habitudes personnelles de chaque chirurgien.

Voici les principaux avantages qui me paraissent militer en faveur de la voie combinée : Rapidité plus grande de l'opération, grâce aux pinces à demeure qui suppriment les ligatures souvent longues et difficiles à poser. Hémostase primitive mieux assurée. Facilité beaucoup plus grande de l'ouverture des culs-de-sac péritonéaux. Drainage parfait du péritoine par le vagin. Enfin, dans les cas d'infection du col, mieux vaut ne point le faire passer par l'abdomen.

Par contre, les adversaires de la voie combinée, lui reprochent les changements de position qu'il faut imprimer à la malade, la crainte d'infection par les mains ou les doigts touchant le vagin ou par la section de la muqueuse utérine. Péan accepte l'hystérectomie abdominale totale quand les ligaments larges, épaissis, indurés, sont fixés très haut dans la fosse iliaque et ne permettent pas au chirurgien d'abaisser suffisamment le moignon utérin. La rigidité et l'étroitesse du vagin, la hauteur et le rétrécissement des culs-de-sac vaginaux plaident dans le même sens.

Enfin, il me paraît indiscutable que l'emploi du plan incliné donnant tant de jour et permettant de se mouvoir si facilement dans le petit bassin, apporte un élément des plus décisifs en faveur de la voie abdominale seule, sans qu'on ait recours à la « voie combinée ».

REVUE CANADIENNE

J. A. Ouimet. — DU CURAGE DANS L'ENDOMÉTRITE DU CORPS DE L'UTÉRUS. (*La Clinique* (Montréal). T. IV, nº 10, 1898.

La thérapeutique intra-utérine réalise le seul traitement logique et rationnel applicable aux lésions de la muqueuse utérine, lorsque ces lésions ont survécu à l'évolution aiguë du processus qui leur a donné naissance.

La thérapeutique intra-utérine veut être radicale et nécessite l'emploi d'agents destructeurs capables d'enlever jusqu'aux moindres vestiges du tissu morbide. L'expérience a montré que la destruction incomplète de la muqueuse malade est presque toujours suivie de récidive.

L'endométrite chronique du corps de l'utérus est une affection des plus rebelles qui ne cède qu'aux procédés de destruction.

Ces procédés se réduisent à deux : les caustiques, les instruments tranchants.

L'enseignement fourni par un nombre imposant de cas a montré largement la supériorité de la curette sur les caustiques (qu'il faut rejeter) et comme action et comme sécurité.

Le curage seul et le curage combiné à l'écouvillonnage sont des opérations que l'on peut pratiquer sans faire courir à la malade le moindre danger ; à condition toutefois que l'on observe le respect des contre-indications et une antisepsie rigoureuse, avant, pendant, et surtout après ces opérations ; l'action de la créosote comme caustique n'offre pas le danger des caustiques escharifiants.

L'écouvillonnage antiseptique peut être pratiqué seul dans les formes d'endométrite surtout dans les formes légères et récentes. Cependant, dans les formes anciennes, hémorragiques, végétantes, polypeuses, etc., il est préférable de recourir à la combinaison du curage et de l'écouvillonnage, les médecins pusillanimes et inexpérimentés peuvent toujours tenter l'écouvillonnage avec avantage à titre d'essai.

L'écouvillon gratte très également la cavité utérine, complète l'action de la curette et débarrasse totalement la surface intra-utérine des débris laissés adhérents par la curette. C'est en outre un excellent porte-topique que l'on utilise pour cautériser la surface utérine à l'aide de la créosote une fois le grattage effectué.

Le curage peut être considéré comme un moyen curatif parfait, des diverses formes de métrites, surtout la métrite hémorragique. Dans ce dernier cas en effet, il a toujours donné d'excellents résultats, alors que tous les autres moyens de traitement avaient échoué. Il est parfois nécessaire de le répéter à des intervalles plus ou moins rapprochés.

Le curage n'est pas seulement un moyen thérapeutique digne de tout éloge, c'est aussi un moyen explorateur souvent indispensable, car il permet d'établir un diagostic exact et précis en fournissant un lambeau de muqueuse pathologique dont on peut faire l'examen microscopique. Le curage explorateur est aussi d'une entière innocuité ; il ne provoque que des douleurs supportables et il peut se faire sans obliger la malade au repos, sans déranger aucune de ses habitudes.

Les premières règles qui suivent l'opération sont, presque toujours supprimées ; les deuxièmes font rarement défaut.

Le curage loin d'entraîner la stérilité, favorise au contraire la fécondité. Sur 84 malades, dont la plus ancienne opérée remonte à deux ans et la dernière à un an, M. Doléris a relevé cinq cas de grossesses qui sont venus à sa connaissance.

Tout ouvrage dont il sera envoyé deux exemplaires sera annoncé et analysé s'il y a lieu.

R. PICHEVIN, *Directeur-Gérant.*

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE DAIX FRÈRES.
Maison spéciale pour Journaux et Revues.



SOMMAIRE

LE TRAJET DU LIGAMENT ROND

Par le Dr Paul Petit.

—

Je crois utile de mettre au point la description du trajet du ligament rond, en m'appuyant sur des remarques faites au cours d'un bon nombre d'interventions visant le raccourcissement de ce ligament et, surtout, sur une dizaine de dissections pratiquées récemment.

Le *ligament rond*, partant de la corne utérine, suit le sommet du ligament large, franchit l'os iliaque, chemine dans l'épaisseur de la paroi abdominale et vient enfin épuiser ses dernières fibrilles dans l'épaisseur de la grande lèvre.

I. *Trajet pelvien.*

Il faut entendre par *ligament large* cette aile membraneuse qui suit l'utérus dans ses mouvements antéro-postérieurs et dont la base correspond au faîte de la *gaine hypogastrique viscérale.*

Ainsi délimité, le ligament large se trouve être formé de 3 plis de tissus emboîtés les uns dans les autres et dans l'ordre suivant, de la surface à la profondeur : *Pli péritonéal ; Pli musculaire lisse* ; *Pli celluleux ou trame celluleuse du ligament large.*

Le pli péritonéal, à son sommet, se répartit en 3 plis secondaires : aileron *antérieur* ou *funiculaire* du ligament large, très court, marqué seulement par la saillie du ligament rond ; aileron *moyen* ou *tubaire*, très long ; aileron *postérieur* ou *ovarien*, tenant le milieu entre les deux premiers.

Le pli musculaire lisse, ou *peaucier du ligament large*, est *intimement adhérent* au pli péritonéal, n'en est pas séparable sans effraction, ne peut être dédoublé qu'avec lui. *Il constitue par son sommet le ligament rond.* Derrière le ligament rond et au-dessous de lui, il jette à la *base* des deux ailerons, *moyen* et *postérieur*, au-dessous et dans l'intervalle des vaisseaux utéro-ovariens, deux faisceaux distincts qui, en se réunissant en dehors des deux ailerons, entre eux et la ligne innominée, constituent le *ligament rond postérieur* ou *infundibulo-pelvien.*

Le *pli celluleux*, la *trame celluleuse du ligament large* mérite qu'on s'y arrête. En faisant retour sur une époque déjà lointaine et quasi-héroïque, nous rappellerons que, dans ces discussions si passionnées sur le phlegmon pelvien et la pelvi-péritonite, l'existence du feuillet en question, niée par les uns, était au contraire énergiquement affirmée par d'autres. L'accord est-il actuellement fait ? Il semble bien qu'il n'en soit rien, puisque M. P. Fredet, dans un mémoire justement remarqué, a pu écrire tout récemment ceci :

« M. Gubaroff a décrit, sous le nom de *mésentère cellulaire du ligament rond*, une cloison qui double le feuillet péritonéal antérieur du ligament large. Elle s'étend de la base du ligament large, en bas, au ligament rond en haut ; du bord utérin en dedans, à la paroi pelvienne en dehors. Nous avons vu cet organe, mais très variable de force suivant les cas. *Nous pensons qu'il s'agit simplement de la doublure musculaire lisse du péritoine, continue avec le tissu utérin, dont le ligament rond représente une sorte de condensation supérieure.* » (1)

Ces dernières lignes sont la négation même de la couche celluleuse centrale du ligament large, et il suffit de les lire pour se rendre compte que cette couche a échappé aux investigations de M. Fredet, comme elle échappa naguère à feu A. Guérin et autres anatomistes expérimentés, ce que l'on peut d'ailleurs expliquer, je crois, de la façon suivante :

Le pli celluleux central du ligament large, assez résistant chez certains sujets, est toujours mince : si, dans l'intention de le voir, on pénètre de haut en bas, entre les deux lames péritonéo-musculaires du ligament large, on l'effondre fatalement, et, les deux lames dédoublées, il n'en reste plus rien. Si, dans le même but, on décolle péritoine et peaucier du pubis vers le ligament rond, puis du ligament rond vers le sacrum : au moment même où l'on passe au-dessous du faisceau musculaire constituant le ligament rond, on détache de la face inférieure de ce faisceau le sommet du pli celluleux qui, par suite, s'étale et s'efface, avant qu'on ait pu se rendre compte de sa disposition. Pour le bien voir, il faut procéder autrement : le ligament rond étant maintenu soulevé et tendu à l'aide d'érignes, on décolle péritoine et peaucier, du pubis vers le bord antérieur du ligament, puis du sacrum vers son bord postérieur. On sectionne ensuite les deux lames péritonéo-musculaires le long de ces deux bords, antérieur et postérieur, du ligament, en veillant à ne pas passer au-dessous. Ceci fait, *le mésentère celluleux du ligament rond* se présente sous forme d'une lame trapézoïdale ayant deux faces, deux bords et deux bases. Les deux faces sont au contact du peaucier. Le bord supérieur est sous-jacent au faisceau culminant du peaucier, au ligament rond. Le bord inférieur s'étend de la limite supérieure et latérale de l'isthme utérin au mur pelvien, à peu près au point où l'artère ombilicale s'abouche à l'hypogastrique ; il descend obliquement en dehors et en avant, et au contact du versant antérieur de la gaine hypogastrique viscérale dont il émane. La grande base monte le mur pelvien pour atteindre la veine iliaque externe. La petite base longe le bord du corps utérin dont la sépare la gaine latéro-utérine, gaine renfermant le segment juxta-corporéal de l'artère utérine et les veines correspondantes.

C'est le feuillet superficiel, *couvre-vaisseaux*, de l'aponévrose *cache-vaisseaux* qui fournit ce pli celluleux, de résistance et d'épaisseur inégale suivant les sujets, mais que j'ai toujours trouvé bien constitué dans toutes mes dissections. Avant d'avoir connaissance du travail de Gubaroff, je l'avais dénommé, dans mes notes et pour mon compte personnel : *cloison sous-funiculaire.*

Des considérations précédentes il résulte : 1° Que le ligament rond n'est en réalité bien différencié qu'à partir de la ligne innominée. Ce qui est considéré comme ligament rond pelvien n'est que le sommet du pli peaucier du ligament large. Dédoublez les deux lames péritonéo-musculaires et le ligament rond pelvien s'évanouit, se perd dans la continuité de ces deux lames étalées. 2° Il est inexact d'attribuer au segment pelvien du ligament rond une gaine péritonéale complète : en réalité, le ligament rond, *contigu* en bas au sommet de la *cloison sous-funiculaire*, en *continuité*, en avant et en arrière, avec le peaucier du ligament large, n'est *recouvert* de péritoine que sur ses deux tiers supérieurs.

II. *Trajet iliaque.*

Le trajet iliaque du ligament rond est très court, le ligament passant au-dessus de la branche horizontale du pubis, en prenant comme intermédiaire la veine iliaque externe sur laquelle il appuie. Sa gaine est formée, au-dessus, par le péritoine, au-dessous, par la gaine celluleuse de la veine, sur les côtés par deux cloisons conjonctives mesurant, comme hauteur, l'épaisseur même du ligament, jetées de la gaine veineuse sur le péritoine en continuation directe avec la *cloison sous-funiculaire* du ligament large.

III. *Trajet inguinal.*

A. — Analyse des couches de la paroi abdominale au niveau du trajet.

Au-dessus de l'arcade crurale, au niveau du trajet du ligament rond, la paroi abdominale est formée, d'avant en arrière, des couches suivantes : *peau* ; *fascia superficialis* ; *aponévrose d'enveloppe du grand oblique*; *aponévrose d'insertion* ou *tendon du grand oblique* ; faisceau musculaire d'origine variable, au-

(1) Pierre Fredet : Quelques recherches sur les artères de l'utérus dans : *Journal de l'Anatomie et de la Physiologie*, 1893, n° 1.



quel on peut conserver le nom *d'inguino-pubien* que lui a donné Beurnier, bien que son insertion interne ne soit pas limitée au pubis et qu'il y ait de nombreux correctifs à imposer d'ailleurs à la description de Beurnier ; *fascia transversalis* ; *tissu cellulaire sous-péritonéal* ; *péritoine*.

Le *fascia superficialis* est dédoublable en 2 couches : couche superficielle lamello-adipeuse, assez épaisse pour peu que la Femme ait de l'embonpoint ; couche profonde, lamelleuse.

L'*aponévrose d'enveloppe du grand oblique* est un feuillet mince, mais fibreux et assez résistant qui recouvre les fibres nacrées du tendon du grand oblique. Elle se fusionne en bas avec les deux tiers externes du bord antérieur de l'arcade crurale et passe au devant du 1/3 interne de ce bord, c'est-à-dire au devant de l'orifice inguinal antérieur et des dernières fibrilles du ligament rond qui en émanent pour aller se perdre dans la grande lèvre. Il est donc nécessaire de le sectionner nettement, ce que l'on oublie parfois, avant de chercher à reconnaître piliers, orifice et fibrilles ligamentaires.

On me permettra de ne pas reproduire la description bien connue de l'aponévrose d'insertion du grand oblique au voisinage de l'arcade crurale avec son double système de fibres parallèles et arciformes. J'insisterai seulement sur l'arête tranchante, facilement reconnaissable sous le doigt, constituée par le bord postérieur de l'arcade : c'est à cette arête et non pas, comme on le fait trop souvent, aux bords de la plaie de l'aponévrose Grand oblique qu'il faut suturer le ligament rond après raccourcissement, si l'on veut obtenir tout à la fois une fixation solide du ligament et une bonne occlusion de son trajet.

Faisceau musculaire inguino-pubien. — Le faisceau musculaire *inguino-pubien*, c'est-à-dire attaché, d'une part, au 1/3 externe de l'arcade et, de l'autre, surtout au pubis, n'a pas toujours la même origine :

En effet, le *Petit Oblique* descend plus ou moins bas, mais arrive cependant toujours à s'insérer sur l'arcade. Par contre, le bord inférieur du *Transverse* peut s'arrêter plus haut et on le voit alors encadrer l'hémi-circonférence supérieure de l'orifice inguinal profond ou boucher partiellement cet orifice, puis, en dedans de l'anneau, obliquer en bas et en avant pour gagner, par son tendon, le bord de la gaine du *Grand Droit*. Mais, souvent aussi, le Transverse atteint la partie externe de l'arcade. Il peut enfin descendre au niveau ou même plus bas que le Petit Oblique en embrassant son bord inférieur à la façon d'une gouttière. Dans ces deux derniers cas le Transverse fait échange de fibres avec le Petit Oblique et constitue ainsi, avec lui, un *faisceau commun*.

Ainsi le faisceau musculaire *inguino-pubien* peut être en continuation, en haut, soit uniquement avec le Petit Oblique, soit avec le Petit Oblique et le Transverse. Je ne sache pas qu'il puisse dépendre du Transverse seul. Son insertion externe, à l'arcade, s'approche plus ou moins de l'anneau inguinal intérieur (on voit parfois un petit faisceau charnu s'insérer au-dessous même de cet anneau). Son insertion interne peut se décomposer de la façon suivante : 1° Jusqu'à peu de distance de son bord inférieur, le tendon qui lui fait suite en dedans, simple ou double (suivant que le faisceau est composé du petit oblique seul ou uni au transverse), passe au devant du *grand droit* en se fusionnant avec le tendon Grand oblique. 2° Des fascicules les plus inférieurs, les uns se jettent sur la face supérieure du ligament de Gimbernat. D'autres, plus internes, se fusionnent au bord externe du tendon du Grand Droit, ou bien constituent une expansion tendineuse qui passe derrière ce muscle, juste au-dessus du pubis, pour se jeter sur la ligne blanche en allant se conjoindre plus ou moins exactement avec l'expansion symétrique : c'est le *tendon conjoint*. Quelques-uns enfin, plus internes encore, et, en même temps, plus antérieurs, se jettent sur l'épine pubienne et le manchon fibro-tendineux de la symphyse.

Quand le faisceau inguino-pubien descend très bas, ses fibres les plus inférieures suivent un trajet à peu près parallèle à l'arcade ; dans le cas contraire, elles gagnent d'abord transversalement le bord externe de la gaine du *Droit*, puis filent de haut en bas le long de ce bord.

Comment se comporte le ligament rond par rapport au faisceau musculaire inguino-pubien ? Il passe à travers ou au-dessous.

Il passe à travers sans se dissocier ou, plus souvent, en se dissociant.

Dans le premier cas un certain nombre de fibres musculaires se fusionnent à lui et ces fibres, semblant avoir été tant soit peu entraînées par la migration du ligament, analogue à celle du gubernaculum testis, constituent ainsi des sortes de fibres crémastériennes à anses courtes ou peu marquées, quelques-unes cependant, parfois, assez longues, et nettement concaves en haut. Quand le ligament rond se dissocie en traversant le muscle, ses faisceaux dissociés ne se distinguent que difficilement, dans l'épaisseur et au devant même du muscle, surtout sur le cadavre, des fibres musculaires striées avec lesquelles ils s'enchevêtrent et se fusionnent ; mais nous sommes toujours arrivés, même dans ce cas, et mieux encore sur le vivant que sur le cadavre, à saisir en masse quelques-uns des faisceaux au niveau de l'orifice inguinal externe et à nous en servir, comme guides, pour arriver sur le corps du ligament. Nous croyons donc, quoi qu'on ait dit de certaines constatations faites au cours d'opérations d'Alexander-Alquié, que le ligament ne manque jamais au devant du muscle et qu'il n'y a que sa gaine propre, dont nous parlerons, à s'arrêter sur le périmysium postérieur. Il n'en est pas moins intéressant, au point de vue de l'anatomie comparée et des réserves qu'elle comporte, de citer cette remarque de Rouget, rapportée dans le très intéressant mémoire de M. Sebileau *sur les enveloppes des testicules* : « Il est très évident », dit Rouget, « chez le plus grand nombre des Mammifères, Insectivores, Rongeurs, Ruminants, Carnassiers, que les faisceaux musculaires du ligament rond ne traversent pas la paroi abdominale antérieure, qu'ils s'étalent tout simplement à la face postérieure de cette paroi, dans la région inguinale, et se fixent sur l'enveloppe cellulaire du muscle transverse.... »

Le ligament rond peut aussi passer au-dessous du faisceau inguino-pubien. En ce cas, il ne se dissocie qu'au delà. On peut encore voir un certain nombre de fibres musculaires striées se jeter sur lui, au passage.

Perimysiums des muscles larges. — Les perimysiums ou feuillets conjonctifs d'enveloppe des muscles larges ont ceci de commun qu'ils ne s'avancent ordinairement pas, en dedans, au delà du bord externe de la gaine des droits.

Ils se décomposent, d'avant en arrière, en 4 feuillets : 1° *Feuillet perimysial n° 1*, antérieur au grand oblique, communément appelé, *aponévrose d'enveloppe du grand oblique*. 2° *Feuillet perimysial n° 2*, ou intermédiaire au grand oblique et au petit oblique. — 3° *Feuillet perimysial n° 3*, ou intermédiaire au petit oblique et au transverse. — 4° *Feuillet perimysial n° 4*, ou postérieur au transverse, communément appelé *fascia transversalis*.

Nous avons déjà parlé de l'aponévrose d'enveloppe du grand oblique.

Le *feuillet perimysial n° 2*, ou intermédiaire au grand oblique et au petit oblique est un feuillet celluleux mince, mais bien formé, intimement accolé aux fibres du petit oblique, à la surface duquel il descend, en enveloppant au passage *le rameau génital de nerf abdomino-génital supérieur*. Du bord inférieur du muscle à la face supérieure de l'arcade où il se termine, il *enrobe* et *voile* successivement : *le rameau génital du nerf abdomino-génital inférieur*, *le ligament rond dissocié ou non* et enfin, un petit faisceau vasculo-nerveux, accolé à l'arcade, au-dessous du ligament et composé des *vaisseaux funiculaires* et du *rameau génital du nerf génito-crural*. Quand on tire sur le ligament, pour peu que l'artère funiculaire émanée de l'épigastrique et parfois anormalement développée, ait été saisie en même temps que lui, elle se trouve aussi tiraillée : par suite, si l'on vient à la sectionner, le bout supérieur peut se rétracter profondément et offrir, par suite, quelque difficulté de pincement.

Dans les conditions ordinaires, c'est-à-dire quand le bord inférieur du faisceau charnu du petit oblique est non loin de l'arcade, le *feuillet perimysial n° 3* est un simple nuage celluleux, sans importance, qui vient se perdre en bas, dans le feuillet n° 2, ou reste même intermusculaire quand le bord inférieur du transverse embrasse en gouttière celui du petit oblique. Mais le bord inférieur du faisceau charnu du petit oblique s'arrête-



t-il loin de l'arcade (et, en ce cas, il en est pour ainsi dire toujours de même du transverse), nous avons vu, dans ces conditions, le feuillet n° 3 se jeter de l'interstice musculaire sur l'arcade, derrière le ligament rond, en devenant feuillet aponévrotique assez solide pour figurer une *aponévrose inférieure d'attache du petit oblique*. Ce renforcement d'une trame celluleuse, ordinairement à peine apparente, renforcement coïncidant avec l'absence de muscles profonds au voisinage de l'arcade, semble avoir un but de suppléance.

Le *feuillet perimysial n° 4*, ou *fascia transversalis* est situé sur un plan postérieur au muscle transverse. Ordinairement assez résistant depuis l'arcade jusqu'au-dessus de l'anneau inguinal profond ou à peu de distance au-dessus, ce feuillet devient brusquement, plus haut, toile d'araignée et se perd dans le *fascia propria* sous-jacent. Son segment résistant, quand le muscle transverse s'arrête très haut, est ordinairement épais et fibreux, et se trouve n'adhérer qu'aux faisceaux les plus inférieurs du muscle. Il figure, par suite, en pareil cas, ainsi que le fait remarquer M. Sebileau, une sorte de tendon inférieur d'attache du transverse. Autrement dit ce que nous avons signalé, à titre exceptionnel, pour le feuillet n° 3, par rapport au petit oblique, semble plus fréquent pour le feuillet n° 4, par rapport au transverse.

Mais quand le transverse descend très bas, le fascia transversalis ne semble avoir, dans toute sa hauteur, que le rôle plus modeste de feuillet postérieur d'enveloppe des muscles larges, faisant pendant, par rapport à l'ensemble de cette sangle musculaire, à l'aponévrose d'enveloppe du grand oblique. En effet, en pareil cas : 1° On l'isole nettement, non seulement derrière le corps charnu du transverse, mais aussi *derrière le tendon* qui lui fait suite en dedans, aux approches de la gaine du grand droit. 2° Il n'est plus aussi épais, aussi fibreux dans son segment résistant, sans doute parce que la paroi abdominale se trouve suffisamment garnie, au-dessus de l'arcade, par la couche musculaire.

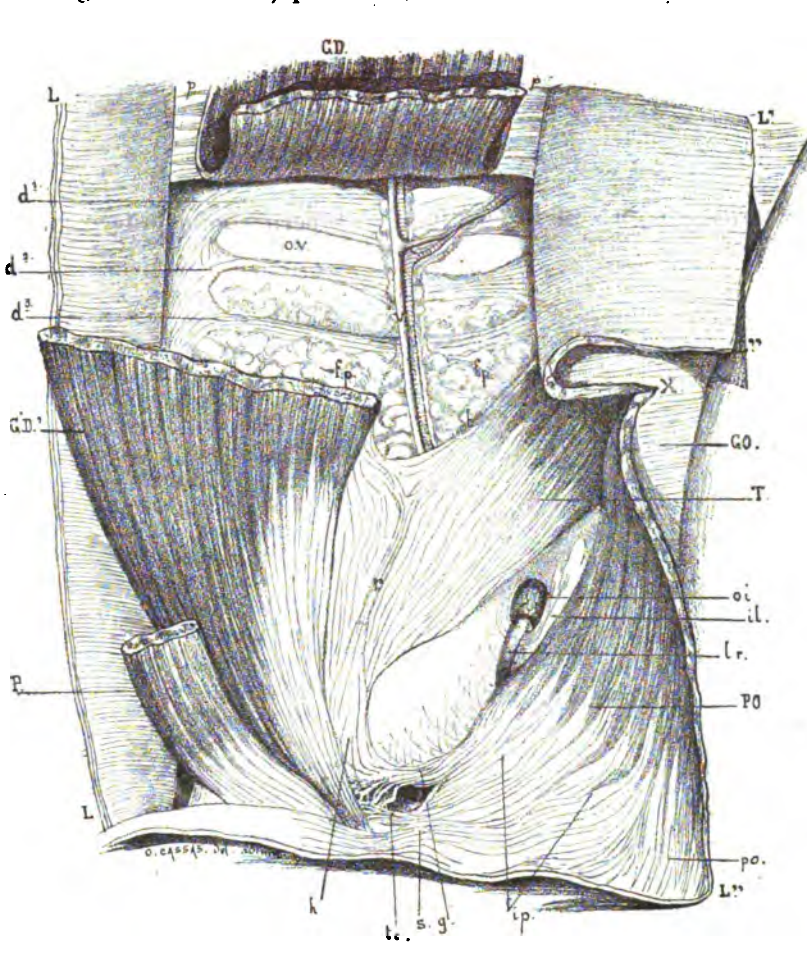
En un mot, les muscles et leurs feuillets d'enveloppe semblent se suppléer les uns les autres, dans une certaine mesure, de façon à assurer toujours une suffisante solidité à la paroi.

Quoi qu'il en soit, le fascia transversalis, comme les autres feuillets d'enveloppe, s'arrête généralement en dedans sur le bord externe de la gaine du droit en se jetant soit sur le bord externe du tendon du droit (1), soit sur la face profonde des tendons larges soudés pour former la paroi antérieure de la gaine. Je n'ai trouvé qu'une fois sur 8 la disposition signalée comme constante par certains auteurs, à savoir le passage du fascia transversalis, tout entier depuis les arcades de Douglas, derrière le muscle droit. Dans un autre cas, correspondant à la figure ci-jointe, le fascia transversalis passait derrière le droit à sa partie inferieure seulement, à 2 cm. environ au-dessus du pubis, comme s'il voulait simplement doubler en arrière le *tendon conjoint*.

Le *fascia transversalis*, quand il est nettement fibreux, est décomposable en un certain nombre de faisceaux ou ligaments. Je parlerai seulement de ceux qui ont trait à mon sujet.

La bandelette *ilio-pubienne*, formée de fibres, parallèles, dans leur ensemble, à l'arcade, prolonge en haut et en arrière son bord postérieur auquel elle s'attache. Mais il y a toujours entre le bord de l'arcade et la bandelette un changement brusque de consistance, par suite une arête tranchante qui doit servir de guide pour le pas-

(1) Cette disposition a été signalée avec insistance par M. Dauriac dans sa thèse sur *le traitement chirurgical des hernies de l'ombilic et les éventrations*. (Paris, 1896). C'est une disposition fréquente, mais non unique.



LÉGENDE DE LA FIGURE

La paroi antérieure de la gaine du muscle *Grand-Droit* du côté gauche a été sectionnée verticalement. Le bord vertical de section LL du lambeau interne a été rabattu en dedans. Le lambeau externe a été divisé en deux lambeaux secondaires, supéro-externe et inféro-externe, par une section horizontale suivant L''XL'' qui passait au niveau de la dernière arcade de Douglas d3, avant la rétraction des lambeaux. Le bord vertical L'L'' du lambeau supéro-externe a été directement porté en dehors jusqu'à la limite externe de la loge antérieure de la gaine du Grand-Droit ; le bord vertical LL'' du lambeau inféro-externe a été rabattu en dehors et en bas, mais on a dû, pour ce faire, découdre, au passage, une suture *linéaire* qui reliait la face postérieure de ce lambeau au *fascia transversalis*, suivant le raphé r. — Le Grand-Droit est séparé par une section horizontale en 2 segments, l'un supérieur G D qu'on a relevé, l'autre inférieur G'D' qui s'est rétracté. On n'a gardé du *Pyramidal* P qu'un segment suspubien. Le perimysium des muscles a été enlevé, à part cependant un fragment p. p. des ailerons du perimysium du *Grand-Droit*. On a dépouillé le ligament rond l r de sa gaine pour montrer les piliers de l'anneau inguinal profond.

Gaine du *Grand-Droit* : 1° Jusqu'à la première *arcade de Douglas* d1 : la paroi antérieure de la gaine du *Grand-Droit* est formée par le tendon *Grand Oblique* et un feuillet antérieur du tendon *Petit Oblique* ; la paroi postérieure, par le feuillet postérieur du tendon Petit Oblique et le tendon du *Transverse* ; les 2 loges de la gaine, antérieure ou *prépubienne*, postérieure ou *sus* et *rétro-pubienne* sont séparées par le Grand-Droit et les ailerons, p. p. de son perimysium. 2° Au niveau des *Arcades de Douglas* d' d2, d3, la paroi postérieure de la gaine est formée par leur treillage fibreux dans les mailles duquel se voient : l'aponévrose *ombilico-vésicale* OV, entre la première et la deuxième arcade et, plus bas, le *fascia propria* f.p. qui meurt sur l'aponévrose ombilico-vésicale, plus postérieure, entre la deuxième et la troisième arcade ; la paroi antérieure est constituée comme plus haut et, de plus, par les fibres tendineuses du Petit Oblique et du Transverse qui manquent dans l'intervalle des arcades ; les deux loges de la gaine avant qu'on eût relevé le lambeau musculaire G D étaient séparées comme plus haut.— 3° Des arcades de Douglas, au tendon conjoint t. c. ; la paroi antérieure de la gaine par le fait de l'arrêt du tendon Transverse T sur le raphé r, est formé, *sur ce sujet*, uniquement par le tendon Grand Oblique dont on voit la face externe en G O et par le tendon du Petit oblique dont on voit la face interne en PO ; celui-ci, en se suturant au passage, par sa face profonde, au raphé r ferme en dehors la loge *prépubienne* ; la paroi postérieure de la gaine est fermée par le *fascia propria* f. p. ; les 2 loges sont séparées par la fusion des bords du tendon Grand Droit en dedans avec la ligne blanche et en dehors avec le *fascia transversalis*. — 4° Au niveau du *Tendon conjoint* t c la paroi postérieure de la gaine est formée par ce tendon ; la paroi antérieure par le tendon *Grand Oblique* ; les 2 loges sont séparées par la fusion du tendon du Droit en dedans avec la ligne blanche et en dehors avec l'angle dièdre du *tendon conjoint* et du tendon Grand Oblique.

Le *Tranverse* T, tout en se jetant sur le raphé r, s'arrête ici très haut. Par suite, le faisceau inguino-pubien i p est constitué par le *Petit Oblique* seul : g fibres de ce faisceau se jetant sur le *ligament de Gimbernat* ; t. c. fibres passant derrière le *Grand Droit* pour former le *tendon conjoint* ; s. fibres se jetant sur la face antérieure de la symphyse. Le raphé r, dont certains auteurs font le *pilier externe* des *arcades de Douglas*, se jette en bas sur le *ligament de Heule* h qu'il forme ici en grande partie. o i, *orifice inguinal int.*, dilaté. i l, *bandelette ilio-pubienne*. V, vaisseaux épigastriques. Le *fascia Transversalis* est en grande partie masqué par le Transverse ; sa partie fibreuse se termine en haut par un bord b au-dessus duquel il devient brusquement toile d'araignée et se confond avec le *fascia propria* sous-jacent.

sage des fils fixateurs après raccourcissement du ligament rond.

Le *pilier interne de l'anneau inguinal intérieur* ou *ligament de Hesselbach*, contourne le bord interne de l'anneau pour s'entre-croiser, au-dessous de lui, avec le *pilier externe.*—Celui-ci, qui n'a pas, que je sache, de nom propre, bien qu'il soit parfois plus solide que l'autre, est formé de fibres dont les plus voisines de l'anneau passent au-dessous de lui pour s'entre-croiser avec le pilier interne, tandis que les plus extérieures se portent jusque sur la face supérieure de la gaine propre des gros vaisseaux fémoraux, à peu près au point où la bandelette *ilio-pectinée*, bien connue, passe en arrière de cette même gaine.

Que faut-il entendre par *ligament de Henle* ? Formé de fibres obliques entre-croisées en divers sens.le ligament de Henle se détache en dehors du bord externe de la gaine du droit et au-dessus du ligament de Gimbernat sur la face postéro-supérieure duquel il se jette. On a beaucoup discuté sur l'origine de ses fibres. Cette origine me paraît être multiple et,de plus, variable. En dehors de fibres propres, on voit, en effet, d'autres fibres en continuation évidente avec le tendon du *Transverse*, du *Grand Droit*, du *Petit Oblique*.

Entre le ligament de Henle et le ligament de Hesselbach, le fascia transversalis présente, au point faible, amorce à la hernie directe, qu'il faut particulièrement renforcer par la suture profonde au cours des opérations pour cure herniaire ou raccourcissement du ligament rond.

Tissu cellulaire sous-péritonéal. — Au devant de la vessie, entre les deux artères ombilicales, le tissu cellulaire sous-péritonéal est nettement différencié en deux couches: une couche antérieure, cellulo-graisseuse : c'est le *fascia propria* (Velpeau) ou *fascia transversalis celluleux* (Richet) ; une couche postérieure, fibreuse : c'est l'aponévrose *ombilico-vésicale* (Delbet) ou encore, *aponévrose allantoïdienne*, *feuillet prévésical*.

En dehors des artères ombilicales, au niveau de l'orifice inguinal profond, l'aponévrose ombilico-vésicale n'existe plus et il n'y a plus qu'une seule couche de *tissu cellulo-graisseux sous-péritonéal*, qu'il faut tout simplement désigner sous ce nom ou bien sous le nom de *fascia sous-péritonéal*.

Le segment de *fascia propria* abdominal qui nous intéresse se continue avec le *tissu cellulaire superficiel de la fosse iliaque* et le *tissu cellulaire qui recouvre l'aponévrose pelvienne supérieure* ou *fascia propria pelvien*. Il enrobe les vaisseaux épigastriques (qui passent au-dessous de l'orifice inguinal profond et du ligament rond pour se porter en haut et en dedans derrière le *Droit*), comme plus bas, le *fascia propria pelvien* enrobe les branches pariétales de l'hypogastrique.

L'aponévrose ombilico-vésicale devient, dans le petit bassin, *aponévrose soutien-viscères et cache-vaisseaux*.

Nous devons nous borner à ces indications, sous peine d'outre-passer notre sujet et sommes actuellement en mesure de décrire le trajet inguinal du ligament rond.

B. — Synthèse du trajet inguinal du ligament rond.

Le trajet inguinal du ligament rond est compris entre deux orifices, l'un extérieur ou superficiel,qui s'ouvre derrière l'aponévrose d'enveloppe du *Grand Oblique* ; l'autre intérieur ou profond qui s'ouvre *sous* le péritoine.

Ce trajet est long de 3 cm. 1/2 à 4 cm. Il est dirigé, dans son ensemble : surtout de dehors en dedans ; — un peu d'arrière en avant, suffisamment pour traverser peu à peu la couche musculo-aponévrotique ; — plus sensiblement de haut en bas ; l'arcade crurale se dirige aussi de dehors en dedans et de haut en bas, mais en se rapprochant davantage de l'horizontale, de telle sorte que le ligament en est séparé par un espace angulaire ouvert en dehors. — Enfin, le ligament n'est pas rectiligne ; il se relève davantage au voisinage de l'orifice inguinal profond et dessine ainsi une légère courbe antéro-interne.

L'orifice inguinal profond s'ouvre ordinairement à 2 cm. au-dessus de l'arcade et à mi-chemin environ de l'épine pubienne et de l'épine iliaque antéro-supérieure. Il est côtoyé en bas et en dedans par l'artère épigastrique. Plus bas encore passe la veine fémorale. Cet orifice est formé par le fascia propria et le fascia transversalis couturés l'un à l'autre. Le fascia transversalis beaucoup plus solide, au-dessous de l'orifice et sur les côtés, constitue ainsi, pour le ligament, une poulie de renvoi qui peut se décomposer, ainsi que nous l'avons dit, en deux piliers, interne et externe. L'orifice est arrondi quand il est étroit et serré autour du ligament qui lui imprime sa forme. Quand il se dilate, son expansion se fait surtout vers la partie la plus faible, vers le haut, et, maintenu qu'il est par ses deux piliers, il prend alors une figure ovalaire, à grand axe vertical.

De l'orifice inguinal profond au faisceau musculaire inguino-pubien, le ligament est étroitement ganté d'une gaine cellulo-fibreuse que l'on fait provenir habituellement du fascia transversalis : elle nous a toujours paru plutôt en continuation avec le fascia propria ; pour nous, le fascia transversalis se laisse simplement forcer tout comme s'y résigne l'aponévrose du grand oblique pour constituer l'orifice inguinal externe.

Quand le ligament rond traverse le faisceau inguino-pubien, sa gaine nous a paru nettement s'arrêter sur la face postérieure du muscle en s'étalant sur cette face et se confondant avec le perimysium qui la recouvre. Quand le ligament rond passe au-dessous du faisceau inguino-pubien, la gaine ne va pas non plus au delà et disparaît en s'amincissant à la surface du ligament. C'est là un point important à connaître pour dégager et raccourcir rapidement le ligament et qui ne nous paraît pas avoir été mis suffisamment en lumière : l'aponévrose du grand oblique étant sectionnée, comme on doit le faire actuellement, il faut se porter sur la partie terminale de la gaine, l'ouvrir, et une simple traction suffit alors pour attirer d'un coup le ligament jusqu'au voisinage de la corne utérine.

De l'orifice inguinal profond au faisceau inguino-pubien le ligament rond est en rapport : en avant avec ce faisceau ; en arrière avec le fascia transversalis ; en haut avec l'interstice du faisceau musculaire et du fascia ; en bas avec la bandelette ilio-pubienne et l'arcade.

Au niveau du faisceau inguino-pubien, le ligament rond, comme nous l'avons dit, passe au-dessous ou, plus souvent, au milieu de ses fibres et ordinairement en se dissociant. Nous renvoyons plus haut pour les détails. Il semble que la façon dont se comporte le ligament par rapport au faisceau musculaire doive dépendre de la hauteur du bord inférieur de ce faisceau par rapport à l'arcade : qu'il doive traverser le faisceau quand celui-ci descend assez bas et qu'il doive passer dessous, dans le cas contraire. Mais les faits ne nous semblent pas toujours d'accord avec cette vue théorique.

Du muscle inguino-pubien à l'orifice inguinal extérieur, le ligament rond se dissocie toujours plus ou moins. Quand il s'est déjà tamisé à travers le muscle, la dissociation demeure ce qu'elle est et les fibrilles se portent, dans l'épaisseur du feuillet perimysial n° 2. vers la face supérieure de l'arcade, la face postérieure du pilier inféro-externe de l'anneau inguinal extérieur, sur l'épine pubienne ; quelques-unes enfin sortent par l'orifice inguinal extérieur. Quand le ligament est passé entier au travers du muscle ou sous lui, il peut sortir à peu près tel hors du canal inguinal, après avoir seulement jeté quelques fibrilles sur l'épine et le pilier. Ce sont probablement les fibrilles de dissociation du ligament que l'on a décrites,sans en chercher l'origine,comme autant de cordelettes tendineuses jetées des parois du canal sur lui.

Du muscle inguino-pubien à l'orifice inguinal extérieur, le ligament rond, plus ou moins dissocié, est en rapport : En avant avec le feuillet périmysial n° 2 ; en arrière avec le faisceau inguino-pubien, quand celui-ci descend suffisamment bas, ou, autrement, avec le feuillet périmysial n° 3 ; en haut avec l'interstice de ces deux parois, antérieure et postérieure, de son trajet et le *rameau génital du nerf abdomino-génital inférieur*, rameau qui sort plus loin par une éraillure d'un pilier. Ce rameau nerveux est loin d'être constant. Il n'en est pas de même du *rameau génital du nerf abdomino-génital supérieur* qui chemine à peu près parallèlement au nerf précédent, mais un peu plus haut, à la surface du faisceau inguino-pubien et sort, au-devant des dernières fibrilles du ligament rond, par l'orifice inguinal extérieur. — En bas, le ligament dissocié est séparé de l'arcade par ce même feuillet perimysial n° 2 qui le voile en avant et par le faisceau vasculo-nerveux formé des vaisseaux *funiculaires* et du *rameau génital du nerf inguino-cutané interne* ou *génital-crural*.

L'orifice externe du trajet inguinal, ovalaire, percé dans le tendon du grand oblique, encadré par ses deux piliers inféro-



externe et supéro-interne est trop bien connu du lecteur pour que j'y insiste.

Mais je ne puis terminer cette description sans dire un mot du canal de Nück, bien que n'ayant fait aucune observation personnelle sur ce point. Le canal de Nück persisterait très rarement et, en ce cas, le plus souvent, d'une façon incomplète; il se présenterait sous forme d'une demi-gaine, très adhérente à la partie supérieure du ligament s'ouvrant dans le péritoine, au-dessus du ligament, au-dessous d'un repli séreux falciforme, par un orifice linéaire auquel fait suite un infundibulum, puis un orifice punctiforme. Pour le découvrir, il faudrait glisser un stylet le long du ligament rond, de l'utérus à l'orifice inguinal en se dirigeant en avant et en dehors ; arrivé sous le repli péritonéal, porter le manche de l'instrument en dehors, pour pouvoir pénétrer ; un peu plus loin, l'incliner au contraire en dedans (1).

M'appuyant sur ces données anatomiques, je pourrai indiquer brièvement, dans un prochain article, la façon la plus méthodique et la plus expéditive de procéder au raccourcissement extra-péritonéal du ligament rond.

REVUE FRANÇAISE

Ch. Monod. — SUR LE TRAITEMENT DES SALPINGITES SUPPURÉES, PAR L'INCISION VAGINALE. (*Communication faite à la Soc. de Chirurgie*, 4 mai 1898.)

Le traitement des suppurations pelviennes par incision vaginale a, dans ces derniers temps, repris quelque faveur. Sans parler des travaux bien connus de M. Laroyenne (de Lyon) et de ses élèves, je rappellerai le jugement relativement favorable que M. Bouilly (2) a porté sur ce mode d'intervention, ici même, en 1890, puis au Congrès de Genève, en 1896 ; celui de M. Le Dentu (3), dans une revue clinique ; celui de M. Tuffier, formulé dans la thèse de l'un de ses élèves, M. Rodriguez (4).

Je suis, moi-même, depuis longtemps entré dans cette voie. J'avais songé à vous apporter les résultats de ma pratique, avec observations (au nombre de quarante) à l'appui : j'ai dû renoncer à ce projet, en raison de l'étendue d'une telle étude.

J'ai prié deux de mes internes, M. Vanverts et mon fils Fernand Monod, qui m'ont assisté dans la plupart de mes opérations, de réunir ces faits dans un travail d'ensemble, qui sera publié ultérieurement.

Je ne veux aujourd'hui, vous entretenir que de quelques-uns d'entre eux, qui prêtent plus particulièrement à la discussion.

Les cas de suppuration pelvienne qui relèvent de l'incision vaginale ne sont, en effet, pas tous superposables.

Dans certains, la collection est évidemment fluctuante, elle bombe du côté du vagin ; il suffit, pour donner issue au pus, d'un coup de pointe ou de trocart. On s'accorde à reconnaître que l'incision par le vagin est, en pareil cas, le procédé de choix.

Il en est de même dans d'autres, où la fluctuation fait défaut, où la masse sentie par le toucher peut même être d'une dureté ligneuse. Mais à d'autres indices la présence du pus est reconnue ; et de fait, l'ouverture du cul-de-sac conduit dans une cavité rétro ou latéro-utérine, qui, largement drainée, revient vite sur elle-même et guérit sans autre intervention.

D'autres fois, la conduite à tenir est moins évidente. Que la collection semble fluctuante ou non, on a l'impression que tout en étant accessible par le vagin, elle en est anatomiquement séparée ; j'entends, par là, que la muqueuse vaginale absolument saine et souple paraît glisser sur la tuméfaction sous-jacente, évidemment distincte de la paroi vaginale. Elle peut être plus haut située encore, à bonne distance du cul-de-sac, sur les côtés de l'utérus, occupant la place que l'on a coutume d'assigner aux tuméfactions développées dans l'ovaire ou la trompe.

Il est, du reste, possible, au cours de l'intervention, de se rendre compte que l'impression fournie en pareil cas par le toucher, répond à une réalité.

Si l'on procède, en effet, avec lenteur, on a nettement la notion que, dans un premier temps, le vagin peut être incisé dans toute sa hauteur sans qu'une goutte de pus apparaisse ; que, dans un second temps, le doigt sent et le bistouri perfore une paroi plus ou moins épaissie, qui n'est autre que le péritoine sus-vaginal, derrière lequel le pus est accumulé.

Que si alors le doigt, introduit dans la boutonnière vaginale, explore la poche qui vient d'être évacuée de la sorte, il se peut qu'il ne trouve qu'une vaste cavité dans laquelle il se promène à l'aise sans rencontrer aucune partie solide.

Mais souvent aussi, et c'est le point sur lequel j'insiste, il découvre une seconde masse plus élevée, qui, ouverte avec un bistouri boutonné ou aux ciseaux, donne passage à un nouveau flot de pus. Le doigt réintroduit reconnaît l'existence d'une seconde poche contenue dans la première. Dans les cas types, il délimite une ouverture à bords frangés à travers laquelle la seconde collection s'est vidée.

Il m'a paru — autant que l'on peut se rendre compte par le toucher, au cours d'une opération, de l'état des parties — que, en pareille circonstance, la première de ces collections siège dans le péritoine, variété de pelvi-péritonite enkystée, à laquelle on peut donner le nom de *péri-salpingite* pour la distinguer de la pelvi-péritonite vulgaire ; tandis que la seconde occupe les annexes mêmes, trompe ou ovaire, lésion primitive ayant donné lieu à la suppuration du péritoine périphérique.

J'ai pu récemment vérifier, sur le cadavre et sur le vivant, que cette disposition supposée n'était pas une simple vue de l'esprit.

Sur une Femme ayant succombé avant toute intervention, nous avons pu reconnaître, à l'autopsie, l'existence de la double lésion, dont je parle : une collection purulente enkystée occupant le petit bassin et, au centre, une poche annexielle bien limitée, contenant du pus. L'opération telle que je la comprends a pu être répétée sur le cadavre, le ventre ouvert, devant les élèves : 1° incision du vagin et ouverture de la collection péritonéale ; 2° et, en un second temps, incision du foyer annexiel. Il n'y avait pas de pus dans le ligament large.

Cette constatation répond d'avance à l'objection que l'on pourrait me faire, à savoir que ces poches successivement ouvertes, ne sont que des foyers multiples de péritonite enkystée. Il me semble intéressant d'établir que, dans certains cas du moins, la collection secondaire siège bien dans les annexes.

J'ai dit que, sur le vivant, j'avais pu faire une constatation analogue. C'était chez une jeune Femme (obs. XX), opérée en mon absence d'une collection pelvienne gauche, par incision du cul-de-sac ; le pus évacué, la masse salpingienne sus-jacente avait été sentie, mais respectée. A mon retour, je trouvai que la cavité vidée s'était comblée ; l'orifice était fermé et ne fournissait plus de pus. Mais on sentait toujours par le toucher combiné, dans la région de la trompe, une masse qui me parut fluctuante, et que je songeais à atteindre à travers l'ouverture vaginale, fraîchement cicatrisée et qui devait céder facilement. Les règles étant survenues, je fus quelques jours sans pouvoir examiner la malade. Lorsque cela me fut de nouveau permis, l'état local s'était beaucoup modifié ; il me parut que la tuméfaction perçue par moi, peu de jours auparavant, avait notablement diminué. On sentait d'autre part, à droite de l'utérus, c'est-à-dire du côté opposé, une masse évidemment annexielle. En présence de cette double lésion, ne donnant, ni d'un côté ni de l'autre, la sensation de fluctuation, je me décidai à aller à leur recherche par une laparotomie.

Du côté droit je trouvai une trompe épaissie, enflammée, non suppurée, qui fut facilement enlevée. Du côté gauche, celui où l'incision vaginale avait été faite, les lésions étaient un peu plus avancées : de petits foyers purulents existaient dans l'épaisseur de la trompe. Mais le point intéressant, est que l'on pouvait délimiter au-dessous de la trompe un espace cavitaire, en grande partie comblé, dans lequel le pus évacué par le vagin avait dû s'accumuler. Cette loge était située à gauche et en arrière de l'utérus, laissant en avant d'elle un ligament large absolument sain.

Il était donc bien clair que nous retrouvions ici encore la trace d'une double lésion : la salpingite, d'une part, et, de l'autre, la péri-salpingite ou inflammation suppurative et enkystée du péritoine, consécutive à l'inflammation de la trompe.

J'ajoute enfin qu'un incident opératoire, qui est loin d'être rare, parle encore en faveur de l'existence de la péri-salpingite telle que je la comprends. Il arrive parfois, en effet, que croyant avoir affaire à une suppuration pelvienne, l'opérateur constate, non sans étonnement, que l'incision du cul-de-sac donne issue à un liquide simplement séreux. Mais si l'on a soin d'explorer avec le doigt la cavité ouverte, il peut se faire que l'on découvre une masse plus profonde, qui, ouverte, laisse échapper un flot de pus.

J'ai eu trois fois occasion d'observer cette disposition. Dans un quatrième cas, la maladie salpingienne ne fut pas reconnue ; elle se vida spontanément le huitième jour (obs. II).

Et que l'on ne me dise pas que, dans ce dernier cas, la suppu-

(1) Voir Cloquet th. Paris, 1887.— ZUCKERKANDL. *Arch. f. klin. Chir.*, 1876. — SACHS, id., 1887, etc.

(2) BOUILLY. *Soc. de chirurgie*, juillet 1890, et *Congrès de gynécologie*. Genève, 1896.

(3) LE DENTU. *Gazette des hôpitaux*, 27 février 1892.

(4) RODRIGUEZ (J.). *De l'incision du cul-de-sac postérieur et du drainage para-utérin dans les suppurations et hématomes pelviens.* Thèse de Paris, 1895.

ration résultait de l'infection secondaire de la poche à contenu primitivement séreux. J'ai eu en effet, en d'autres circonstances, occasion d'inciser de semblables collections séreuses, d'origine évidemment annexielle, guérissant après évacuation et drainage, sans suppuration secondaire. Dans ces cas, les lésions des annexes, reconnues par le toucher combiné, étaient peu considérables, et probablement, comme la suite l'a démontré, non suppurées.

Il résulte, me semble-t-il, de ce qui précède que l'inflammation péritonéale circonscrite qui accompagne presque fatalement les lésions annexielles, donne souvent lieu à un épanchement qui peut n'être que séreux, qui plus souvent sera suppuré.

Cette collection est facilement atteinte et évacuée par l'incision vaginale. Mais pour que l'opération soit complète et vraiment utile, elle doit atteindre la lésion annexielle primitive, toutes les fois que celle-ci pourra être reconnue.

L'opération que je préconise ne sera donc pas, dans la majorité des cas, une simple incision d'abcès bombant dans le vagin. Ce sera une opération réglée, une élytrotomie, qui, après avoir donné accès dans une collection péri-annexielle, permettra de dépister et d'ouvrir un second foyer plus profond, siégeant dans les annexes.

J'en viens maintenant aux *résultats* obtenus.

Mes observations limitées aux cas sur lesquels seuls je désire attirer votre attention, c'est-à-dire aux *collections latérales à l'utérus ou postéro-latérales, dans lesquelles, il est ordinairement possible de reconnaître l'existence d'un double foyer : l'un, profond annexiel (salpingite ou salpingo-ovarite), l'autre superficiel ou péri-annexiel (péri-salpingite)*, sont au nombre de 25.

Groupe I. — *Ovaro-salpingite suppurée avec péri-salpingite séreuse.*

Dans ce *premier groupe*, je place les cas où la salpingite suppurée a donné lieu à une péri-salpingite simplement séreuse, ou, en d'autres termes, ceux où l'ouverture du cul-de-sac vaginal donne issue à un liquide séreux ; le pus n'apparaît que dans un second temps, provenant d'une poche plus haut située.

J'ai déjà dit que j'avais observé quatre cas de ce genre (obs. I à IV). Ces quatre malades sont sorties guéries moins d'un mois après l'opération. Chez deux d'entre elles cependant (obs. III et IV), il existait des lésions annexielles du côté opposé, dont la rétrocession avait été manifeste. J'aurai occasion de revenir sur ces faits.

Trois ont été revues, l'une au bout de quinze jours, l'autre de trois semaines, une seule neuf mois plus tard, toutes en très bon état.

Il me sera peut-être permis de faire remarquer à ce propos, que chirurgien à Saint-Antoine depuis nombre d'années, je m'y suis formé une clientèle, dont j'ai eu occasion d'observer la fidélité ; que, dans la généralité des cas (je ne nie pas les exceptions), les malades non guéries me reviennent, et inversement, que je puis considérer comme définitivement hors d'affaire, au moins pour la plupart, celles qui ne se représentent pas. Témoin l'étonnement naïf de cette Femme répondant à un de mes internes qui lui avait demandé de revenir se faire voir, et disant que l'idée ne lui en serait jamais venue *puisqu'elle était guérie* !

Groupe II. — *Ovaro-salpingite et péri-salpingite l'une et l'autre suppurées.*

Ce second groupe comprend les faits beaucoup plus nombreux (21 cas) où la suppuration occupe à la fois les annexes et le péritoine voisin.

Je diviserai ces cas en deux groupes, suivant que les collections suppurées siègent d'un seul côté de l'utérus ou des deux côtés.

A. — Collections unilatérales, 17 cas ; 1 mort. J'élimine immédiatement le cas de mort (obs. XXI) ; il ne doit pas être porté au passif de l'opération. Il s'agit en effet d'une malade morte un mois après l'intervention de péritonite généralisée, consécutive à une perforation du côlon transverse (1). Nous pûmes, chez cette Femme, constater, à l'autopsie, que les lésions du côté opéré étaient en bonne voie de guérison.

Des 16 autres opérées qui ont toutes survécu :

10 ont guéri *sans incidents* ;

4 guéries également, mais après des *complications* sur lesquelles je reviendrai.

Chez 2, l'intervention n'a pas donné le succès thérapeutique voulu.

Des 10 malades guéries sans incidents, huit l'ont été dans un intervalle de temps variant entre quinze et trente jours. Chez deux, la guérison a tardé de deux à trois mois. Cinq ont été revues, en bon état général et local, un mois et demi, deux mois, neuf mois, onze mois et quatre ans après leur sortie.

Chez toutes, sauf une, l'existence de la double collection salpingienne et péri-salpingienne a été reconnue au cours de l'opération. Chez une seule (obs. XIII), opérée en 1893, je n'avais pas osé attaquer une masse plus haut située et qui s'est vidée ultérieurement. Cette malade est une de celles chez qui la guérison a été retardée.

Deux fois (obs. VI et XIII), les lésions étaient bilatérales, mais suppurées d'un côté seulement. L'intervention n'a porté que sur la collection suppurée. Un mois plus tard, à la sortie des malades, la salpingite du côté non opéré avait disparu. Bien plus, l'une d'elles (obs. XIII), au bout de quatre ans, devenait enceinte et accouchait heureusement. A tous égards donc je pouvais me féliciter de n'avoir pas fait une opération plus radicale qu'aurait pu justifier la bilatéralité des lésions.

Cette circonstance de la disparition d'une tuméfaction salpingienne, supposée non suppurée, à la suite de l'évacuation d'une collection suppurée du côté opposé, a été constatée par moi et par mes internes de la façon la plus nette, dans plusieurs autres cas.

Restent, pour achever la revue des opérées de cette série, six malades que j'ai mises à part ; quatre, à cause des complications survenues, qui n'ont pas, du reste, empêché la guérison finale de se produire ; deux, parce que l'intervention a abouti à un insuccès thérapeutique dont j'aurai à rechercher la cause.

Voyons d'abord les *complications*.

Deux fois j'ai vu s'établir une *fistule stercorale*. Dans l'un de ces cas (obs. XV), l'incident fut de très courte durée.

Au second pansement, on constata la présence de matières fécales dans le vagin. Il n'y en avait pas trace au pansement précédent : il s'agissait donc probablement d'une de ces perforations consécutives et non opératoires de l'intestin, sur lesquelles mon excellent élève et ami M. Jayle a attiré l'attention (1). Cet écoulement alla rapidement en diminuant. Au quatorzième jour, il avait cessé, et la malade sortait guérie trois semaines après l'opération.

Le cas cependant avait paru grave. Ici encore les lésions étaient doubles, formant deux masses encadrant l'utérus et le repoussant en avant. L'incision, en raison de ce fait, fut pratiquée dans le cul-de-sac postérieur. Le doigt introduit avait découvert et évacué une collection siégeant à droite ; à gauche, il n'avait rencontré et dilacéré que des parties dures, sans trace de pus.

Dans le second cas (obs. XVI), la fistule stercorale s'établit plus tardivement, ce ne fut qu'au 12e jour qu'elle fut évidente ; depuis quelques jours, le pus avait une odeur fécaloïde. Ce cas est le seul où j'ai pu, par l'ouverture vaginale, extraire la trompe malade. Cette manœuvre a peut-être été pour quelque chose dans la formation de la fistule.

La malade, très améliorée, sortait sur sa demande, cinq semaines après l'intervention ; la fistule pyo-stercorale était très réduite, fournissait très peu de pus et de matières, mais persistait encore. J'ai appris qu'elle s'était oblitérée peu après.

Chez une autre opérée (obs. XVII), j'ai vu survenir ce curieux écoulement séreux — que j'ai décrit ailleurs sous le nom d'*hydrorrhée péritonéale* (2) — d'aspect et d'abondance tels que l'on songe tout d'abord à une perforation de l'uretère ou de la vessie. Cette malade, après divers incidents, ne guérit qu'à la suite d'une laparotomie, au cours de laquelle je pus constater le bon état des parties du côté primitivement opéré.

Je note encore parmi les complications, la formation d'une *fistule* purulente (obs. XVIII), ou mieux peut-être la non-fermeture de l'incision vaginale, lorsque la malade, six semaines après l'opération, sortit sur sa demande.

Chez cette Femme, quelques jours après l'intervention (incision du cul-de-sac postérieur), la cavité ouverte s'était mise en communication avec le rectum ; les selles contenaient du pus. Cet état persistait à sa sortie.

Tout était fermé, lorsque nous la revîmes six mois plus tard ; il ne fut pas possible de savoir exactement à quelle époque le pus avait cessé de couler, soit par le vagin, soit par l'anus. Cette malade a été revue en bon état six ans après sa sortie.

Il est assez remarquable que je n'aie observé que ce seul cas de fistule se formant à la suite d'une incision du cul-de-sac. Je pense être tombé sur une série heureuse ; car je sais que d'autres chirurgiens ont signalé la fréquence de cette complication. J'ai eu moi-même à soigner un cas de ce genre chez une malade opérée ailleurs, et j'ai eu grand'peine à obtenir la fermeture définitive du trajet. Peut-être le soin apporté à la recherche d'un foyer profond est-il pour quelque chose dans les bons résultats que j'ai obtenus.

Mes deux *insuccès thérapeutiques* portent avec eux leur enseignement. Mon sentiment est, en effet, qu'ils auraient pu être évités, si l'opération avait été conduite suivant les règles que je préconise actuellement.

(1) J'ai déjà eu occasion de mentionner ce fait à propos de la communication de M. Kirmisson sur les ulcérations perforantes de l'intestin de cause inconnue.

(1) Jayle (F.). Pathogénie de quelques fistules recto-vaginales consécutives à l'hystérectomie vaginale. *Ann. de Gynécol. et d'Obstétrique*, février 1896, t. I, p. 118.

(2) Congrès de Chirurgie, 1896. *Comptes rendus*, p. 477.



J'ai déjà longuement rapporté un de ces cas (obs. XX). Je rappelle qu'il s'agit d'une Femme opérée en mon absence par simple incision vaginale ; une masse salpingienne perçue plus profondément avait été respectée. J'ai dû plus tard enlever, par laparotomie, les annexes malades des deux côtés. Je crois que l'opération par le vagin, si elle avait été poussée à fond, eût pu amener une guérison complète. Je pus constater, en effet, lors de la seconde intervention, que la trompe du côté non opéré ne contenait pas trace de pus, et que, du côté opéré, les lésions étaient en voie de rétrocession.

L'autre malade (obs. XIX) a été opérée par moi en 1893, à une époque où je n'avais pas l'expérience que j'ai acquise depuis. Trouvant, après l'évacuation de la collection péri-utérine une masse haut située, relativement mobile, je n'osai pas l'attaquer à son tour et crus plus sage de l'atteindre ultérieurement par laparotomie. A la sortie de la malade un mois plus tard, on sentait, au côté gauche de l'utérus, la masse annexielle, très diminuée, il est vrai, de volume et, semblait-il, en voie de résolution, mais toujours manifeste. Cette Femme n'a pas été revue et je ne puis la ranger parmi les guéries.

B. — Collections bilatérales. — Dans une dernière catégorie je groupe les faits où la suppuration des annexes est *bilatérale* : les collections purulentes constatées ou soupçonnées siègent de l'un et de l'autre côté de l'utérus.

Ces cas, à moins de fluctuation évidente, ou d'un état général grave, contre-indiquant tout autre mode d'intervention, ne sont pas, en général, justiciables de la méthode. Aussi ne puis-je en citer que quatre, dont deux terminés par la mort.

Chez les deux malades qui ont guéri, je n'avais pas, au moment de l'intervention, la certitude que les deux masses senties de chaque côté de l'utérus, fussent l'une et l'autre suppurées.

Chez l'une (obs. XXIII), je pus découvrir et évacuer, séance tenante, et à travers la même incision, une collection siégeant du côté opposé à celui où j'opérais.

Chez l'autre (obs. XXII), après avoir ouvert le cul-de-sac latéral droit, il fallut neuf jours plus tard inciser le gauche. Dès lors, les choses marchèrent à souhait.

Ces deux malades ont guéri en des délais relativement courts, cinq et sept semaines.

L'état général grave, la haute température, le début récent des accidents aigus imposaient dans ces deux cas l'incision vaginale, seule opération possible.

J'en dis autant des deux autres, ceux qui ont abouti à la mort.

Dans l'un (obs. XXIV), il s'agissait, comme l'autopsie l'a démontré, d'une double salpingite tuberculeuse ayant déterminé un vaste abcès enkysté du péritoine, dans lequel s'ouvrait une anse de l'intestin grêle. J'avais d'abord songé, à cause de la bilatéralité des lésions, à pratiquer une hystérectomie vaginale. Mais après l'ouverture du cul-de-sac postérieur, et l'issue de flots d'un pus fétide mélangé de matières intestinales, je dus naturellement y renoncer. L'état général de la malade était tel du reste, qu'aucune intervention ne pouvait la sauver.

Il n'en était peut-être pas de même chez l'autre (obs. XXV).

Les accidents dataient de trois mois. A son entrée dans le service, elle présentait, au toucher, deux grosses masses latérales à l'utérus, dont l'une remontait à mi-chemin de l'ombilic ; ces masses étaient rénitentes, presque fluctuantes. Elles étaient réunies par une troisième ; celle-ci, très dure, occupait le cul-de-sac postérieur. L'utérus était refoulé en avant.

L'incision du cul-de-sac postérieur donne issue à un flot de pus fétide. L'état général, qui était grave, s'améliore ; mais dix jours après, la température remonte. J'explore la cavité et découvre une autre grosse masse incluse qui, ouverte au bistouri, laisse échapper un nouveau flot de pus.

Il était trop tard. La température tombe, mais l'infection continue. Huit jours après, la malade est emmenée mourante par sa famille.

La dernière collection ouverte aurait été, d'après les idées que je défends, un foyer annexiel, qui n'a malheureusement pas été reconnu lors de la première intervention. On peut se demander si, évacuée plus tôt, l'issue n'eut pas été différente.

Conclusions. — Des considérations qui précèdent, je conclus que, abstraction faite des cas de pelvi-péritonite et de phlegmons du ligament large, accessibles par le vagin, cas dans lesquels l'incision vaginale est de règle, ce mode d'intervention constitue encore une ressource utile dans les ovaro-salpingites suppurées *unilatérales*.

Ces lésions suppurées des annexes s'accompagnent ordinairement d'une inflammation circonscrite du péritoine voisin (péri-salpingite), donnant lieu à une collection le plus souvent suppurée, quelquefois séreuse.

Cette collection, qui se présente la première sous le bistouri, sera d'abord évacuée. Mais pour que l'opération soit complète, on devra aller à la recherche du foyer annexiel plus profondément situé. Ce foyer ne sera pas toujours découvert ; mais s'il existe, il sera incisé, vidé, drainé.

Même dans les cas de salpingite suppurée, haut située, facilement enlevable par laparotomie, je crois que, chez une Femme jeune, lorsque le cas est récent, et la lésion unilatérale, il sera permis, si elle peut être atteinte par le vagin, d'essayer de l'aborder par cette voie. On obtiendra ainsi, à moins de frais, à moindre péril aussi, une guérison qui, si je m'en rapporte à mon expérience, sera, dans la majorité des cas, définitive.

Lorsque les lésions, même récentes, seront *bilatérales*, l'incision vaginale sera généralement insuffisante.

A fortiori le serait-elle si l'affection est ancienne, lorsque l'utérus est immobilisé au milieu de masses inflammatoires même partiellement suppurées. L'opération doit alors intéresser l'utérus lui-même, qui sera enlevé avec les annexes, soit par le vagin, soit par l'abdomen.

Le succès que j'ai obtenu dans deux cas où les lésions suppurées siégeaient de chaque côté de l'utérus ne modifie pas sur ce point ma manière de voir.

Tout au plus serait-on autorisé à se contenter d'abord de l'ouverture par le vagin de collections volumieuses et évidentes, mais avec la pensée que ce ne sera là que le premier temps d'une opération plus complète qui devra être faite ultérieurement.

Dans certains cas, le résultat dépassera l'attente et la guérison sera, comme chez mes deux malades, définitive ; mais ces faits sont exceptionnels, il n'y faut pas compter.

En fait, l'incision vaginale sera presque exclusivement réservée aux collections unilatérales siégeant dans les annexes, dans le péritoine ou dans le ligament large. Et, résumant d'un mot mon sentiment, je dirai que toute collection, siégeant d'un seul côté de l'utérus, si elle est abordable par le vagin, doit être d'abord attaquée par cette voie. L'opération sera souvent curative. Elle ne mettra pas obstacle, si elle ne donne pas le résultat voulu, à une intervention ultérieure, plus radicale.

Discussion. — Routier. — La concomitance du pyo-salpinx, de l'ovaro-salpingite et de la pelvi-péritonite partielle, péri-salpingienne, séreuse ou suppurée est connue. Il ne faut jamais, dans ces cas, s'arrêter à l'ouverture rétro-utérine simple ; quand on a évacué le pus ou la sérosité, il faut pratiquer le toucher à travers la boutonnière rétro-utérine, et avec la main gauche placée sur le ventre, faire descendre au besoin les parties annexielles si elles existent, qu'elles soient uni ou bilatérales. On évitera ainsi à coup sûr de laisser dans le ventre des poches annexielles. Dans certains cas, l'ouverture de ces collections purulentes est suivie, le 3e et le 4e jour, de fistules recto-vaginales, dont quelques-unes guérissent seules et après quelques pansements ; les autres réclament une intervention secondaire, l'hystérectomie vaginale.

Quand l'évacuation des collections purulentes par l'incision rétro-utérine n'a pas amené la guérison, l'hystérectomie vaginale est également indiquée. D'ailleurs, il est préférable, pour éviter les accidents de septicémie, d'intervenir en deux temps : 1° incision rétro-utérine et évacuation du pus ; 2° plus tard, l'hystérectomie vaginale. M. Routier dénie qu'on puisse appeler ce mode d'intervention, méthode de Laroyenne, laquelle implique l'emploi d'un trocart, ce qui est détestable et peu chirurgical. Quand il y a abcès du cul-de-sac de Douglas ou des annexes, que l'abcès est franchement pelvien, pas de meilleure méthode que l'incision avec le bistouri. Si elle se montre insuffisante, on a la ressource de l'hystérectomie vaginale, moins grave après l'évacuation des poches purulentes.

Quénu. — Quand le cul-de-sac de Douglas bombe dans le vagin, tout le monde est d'accord qu'il faut recourir à l'incision. Quand on a affaire à des collections haut situées, dont le siège tient habituellement à l'accolement adhésif préalable du péritoine au niveau du Douglas, il importe d'inciser sur l'utérus et de suivre la paroi postérieure de l'utérus comme guide. Puis, ouverture successive des poches péri-salpingiennes et ovaro-salpingiennes, établissement d'un large drainage. Mais, contrairement à M. Monod, M. Quénu estime qu'en général ce mode d'intervention ne doit être qu'un procédé d'attente, que le premier acte du traitement chirurgical. A son avis, dans la plupart des cas, *la condition essentielle de la guérison complète et durable d'une salpingite un peu grave, c'est l'ablation du sac.* Les indications de l'incision vaginale doivent être limitées aux cas de suppurations péri-salpingiennes proches du vagin ou aux cas de poches salpingiennes adhérentes au cul-de-sac de Douglas, confondues par conséquent avec les précédentes, chez les malades dont l'état général se prête mal à une opération plus importante et plus radicale.

Ricard. — Contrairement à M. Monod, M. Ricard n'est partisan de l'incision vaginale que dans de vastes collections chaudes, aiguës, bombant dans le vagin. Dans le cas de suppurations chroniques des annexes, surtout celles d'origine gonococcique, les lésions sont souvent bilatérales ; la poche kystique est rarement unique, mais assez souvent complexe, divisée par cloisonnement,

siégeant dans la trompe, autour de la trompe, dans l'ovaire, ou bien dans la trompe et l'ovaire. Il y a des parois épaissies, infiltrées, dont les lésions sont si complexes qu'il est bien difficile d'admettre qu'une simple incision par le cul-de-sac puisse être suffisante. A l'appui de sa manière de voir, M. Ricard cite cinq observations personnelles. Dans l'un des cas, où l'incision vaginale avait amené une amélioration notable, il se produisit, quelques jours après, une fistule recto-vaginale et la Femme mourut. Dans 3 autres, il fallut, devant le retour des accidents, et après une accalmie plus ou moins longue consécutive à l'incision rétro-utérine, faire l'hystérectomie vaginale. Dans un 5e cas, alors qu'on pouvait supposer la Femme guérie par l'incision vaginale, M. Ricard se vit également forcé, pour parer à de nouveaux accidents, de procéder à la laparotomie suivie de l'extirpation des annexes. L'avantage, en réalité, de l'incision vaginale, c'est de permettre d'atténuer les symptômes, d'abaisser la fièvre, de remonter l'état général et de rendre les malades plus résistantes pour subir une intervention plus radicale. (*Annales de gynéc. et d'obst.*, juin 1898.)

REVUE ANGLAISE

Mate. — GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE ; FŒTUS ET PLACENTA DANS LA CAVITÉ PÉRITONÉALE. (*Brit. med. J.*, 12 mars 1898.)

Femme Cafre de 30 ans, mère de 5 enfants, en travail depuis une semaine. A l'examen, utérus mou, orifice dilaté, pouvant admettre 3 doigts, et vide : au palper, on reconnaît, dans le ventre un fœtus transversal. La malade, ne pouvant être opérée sur place, est transportée dans un fourgon à la ville, distante de 14 milles, et laparotomisée. L'enfant, extrait vivant, pesait 7 livres, mais ne survécut pas. Après 4 jours de suites normales, survint une hémorragie interne, due sans doute au décollement du placenta, et la malade succomba dans le collapsus.

Addinsell. — DOULEUR INTERMENSTRUELLE (MITTELSCHMERZ). (Soc. obst. de Londres, 2 mars 1898. *Brit. med. J.*, 12 mars 1898.)

Rappelant la récente communication de Priestley sur la dysménorrée intermenstruelle, l'auteur base la sienne sur des faits caractéristiques de douleur, d'intensité variable, siégeant à la région ovarienne et se reproduisant avec une régularité parfaite, 14 jours après la période menstruelle. I. Célibataire anémique de 29 ans ; douleur hypogastrique généralisée survenant régulièrement du 12e au 14e jour après les règles. Lésions : érosion cervicale, antéflexion et tuméfaction allongée du ligament large gauche, laquelle disparut après l'écoulement d'un liquide muco-purulent épais. Le « Mittelschmerz » ne fut pas modifié par le curettage.— II. Femme de 31 ans, célibataire, constipation : la douleur intermenstruelle survient le 14e jour et dure 2 ou 3 jours : noyaux fibreux et salpingite. Oophorectomie suivie de guérison.— III. Femme de 28 ans, douleur dans la région ovarienne gauche 12 ou 13 jours après la période, menstruation normale. Pendant les crises, écoulement d'un liquide épais. Utérus rétrofléchi, fibromateux : tuméfaction élastique dans le ligament large gauche. — IV. Femme de 33 ans, douleur intermenstruelle disparaissant après un écoulement. Dans ces cas, comme dans ceux de Crosne et de Priestley, il y avait toujours quelque tuméfaction du ligament large, d'où l'auteur attribue cette douleur intermenstruelle à un effort de la trompe pour évacuer son contenu.

Discussion : *Hermann* préfère la dénomination de *douleur mensuelle intermédiaire.* L'époque de sa manifestation est variable : il admet l'explication de Priestley, d'une ovulation douloureuse récurrente. Dans beaucoup, mais non dans tous les cas, il y a des signes de vieille annexite. Les adhérences expliqueraient la douleur de l'ovulation.

Armand Routh admettrait que, dans certains cas, existe un cycle intermenstruel, comme il y a un cycle menstruel. L'accroissement de la tension des lésions locales donne lieu à la douleur.

Bland Sutton a proclamé depuis longtemps que les épanchements liquides des trompes ne s'évacuent pas dans l'utérus et que les vieilles notions d'hydro ou de pyo-salpinx intermittentes ne sont confirmées par aucun fait probant.

Boxall. On ne peut attribuer ce phénomène à aucune lésion cutanée du bassin : il a observé un cas dans lequel n'existait aucun signe de lésion tubaire. La malade devint enceinte et avorta et, bien qu'atteinte de fibrome, elle cessa de souffrir.

H. Smith pense que cette douleur est liée à de l'hydrorrée tubaire intermittente.

A. Giles. S'il y a de l'hydrosalpinx intermittente, le gonflement de la muqueuse pendant la menstruation peut produire l'occlusion temporaire de l'orifice tubo-utérin et l'accumulation de liquide dans la lumière de la trompe, d'où les douleurs expultrices au bout de quelques jours.

Ewen Maclean. Il est possible que quelques cas s'expliquent par une tendance à une double menstruation.

Cullingworth. Il est certain que la cause du phénomène n'est pas encore connue, nulle des théories n'est satisfaisante. La distension tubaire avec issue du contenu est, s'il existe, d'une extrême rareté. La statistique de l'auteur n'est pas en faveur de l'existence constante d'une lésion tubaire, car on ne la relève que dans 3 cas sur 13. Les écoulements liquides ne peuvent être regardés comme pathognomoniques. On a vu de l'urine ou l'eau d'une injection prises pour des écoulements pathologiques.

Addinsel, dans tous les cas, a constaté la présence d'une tuméfaction et sa disparition après le copieux écoulement d'un mucus clair.

Annandale. — GROSSESSE TUBAIRE. (Soc. méd. chir. d'Edimbourg, 2 mars 1898. *Brit. med. J.*, 12 mars 1898.)

Grossesse de 6 semaines : douleur abdominale subite, suivie de collapsus, abdomen sensible et dilaté. Incision sans délai : La cavité est pleine de sang et de caillots infiltrant même l'épiploon. Utérus et annexes droites normaux ; à gauche, on trouve la trompe dilatée, du volume d'une orange, présentant une déchirure au travers de laquelle s'aperçoivent les membranes transparentes. A leur intérieur, fœtus d' 1 p. 1/2 siégeant dans un liquide clair. Ligature, résection de la trompe et de l'ovaire, nettoyage de la cavité à l'acide borique et drainage au moyen d'un tube de verre qu'on retire le 3e jour. Guérison.

D'Arcy Power. — KYSTE DE L'OVAIRE CHEZ UNE ENFANT. (Soc. path. de Londres, 15 mars 1898. *Brit. med. J.*, 19 mars 1898.)

Enfant de 4 mois, augmentation du volume du ventre depuis 3 semaines. A première vue, le kyste paraissait simple et uniloculaire, mais à un examen plus précis, on trouva de nombreux petits nodules et de petites cavités pleines de liquide albumineux. La membrane limitante des nodules consistait en 3 à 5 couches de cellules épithéliales, les plus superficielles, cylindriques, les plus profondes, aplaties. La paroi kystique était formée par le stroma de l'ovaire contenant de minuscules vésicules de Graaf : chaque vésicule elle-même était en train de subir la transformation kystique. Ce kyste était vraiment ovarique et probablement congénital. Bien que d'apparence uniloculaire, il était multiple, les modifications ayant semblé commencer dans les vésicules. Le plus jeune sujet opéré avant celui-ci semble avoir eu 20 mois : il s'agissait d'un kyste dermoïde.

G. Newmann. — MICROORGANISMES DES ORGANES GÉNITAUX DE LA FEMME. (Soc. gyn. angl., 10 mars 1898. *Brit med. J.*, 26 mars 1898.)

Projections et préparations microscopiques des Microbes suivants : Bacillus coli communis, Bacille typhique, Bacille de la tuberculose, B. pyocanyque, B. du vagin, B. subtil, Staphylocoque. pyogène doré, Streptocoque, Diplocoque de la pneumonie, Diplocoque de la gonorrée, Diplocoque albicans, Diplocoque subflavus, Sarcines, Proteus hominis.

Alexander.—ÉNUCLÉATION DES FIBROMES. (Soc. med. angl., 10 mars 1898. *Brit med. J.*, 26 mars 1898.)

Nombre de fibromes causent aux malades de tels ennuis que la plupart consentiraient volontiers à une opération, pourvu qu'elle ne fût pas trop dangereuse. Or les opérations pratiquées aujourd'hui sont d'une gravité telle qu'elles sont réservées nécessairement pour les cas où la vie est réellement en danger. Les autres sont dans l'alternative ou de mener une existence d'infirmes jusqu'à ce que la ménopause atténue leurs symptômes, ou qu'une opération grave s'impose, ou bien qu'elles se soumettent à une opération palliative qui atteindra l'intégrité de leur appareil génital. Il existe une autre alternative, qui n'est incompatible ni avec la sauvegarde de l'appareil, ni avec celle du fonctionnement génital, c'est l'énucléation. L'auteur relate 11 opérations pratiquées par lui, pour un nombre de tumeurs variant de 1 à 25 et avec un seul cas de mort. Description du manuel opératoire et des précautions à prendre contre l'hémorragie, l'infection, etc.

Jordan.— KYSTE OVARIQUE A PÉDICULE TORDU. (*Brit. med.* J., 2 avril 1898.)

Augmentation progressive du ventre depuis quelques mois, sans douleur ni troubles menstruels. 4 jours avant l'admission de la malade, douleur abdominale subite, suivie de collapsus, vomissements et constipation. Opération : Kyste à pédicule tordu étroitement 2 fois et demie. Contenu : 2 litres 1/2 de sang liquide. Malgré le sphacèle partiel de la paroi, pas d'adhérences. Guérison complète.

R. PICHEVIN, *Directeur-Gérant.*

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE DAIX FRÈRES.
Maison spéciale pour Journaux et Revues.



SOMMAIRE

DES HYPERTROPHIES GLANDULAIRES LOCALISÉES
du col de l'utérus,

Par G. BOUILLY,

Professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien de l'hôpital Cochin.

—

Les lésions chroniques du col ont presque toutes pour siège l'appareil glandulaire qui fait partie de sa structure; le nombre et le volume considérable des glandes, leur implantation profonde dans le tissu sous-muqueux et jusque dans les couches musculaires, permettent de se rendre facilement compte de l'importance du rôle qu'elles jouent dans la pathologie du col. Du siège, du développement, des caractères anatomo-pathologiques de ces lésions glandulaires, dépendent des variétés nombreuses d'aspect des affections du col, et découlent des indications thérapeutiques et opératoires variées. Suivant que le col utérin est plus ou moins largement déchiré ou ne présente pas de lacération, l'examen révèle des lésions d'aspect différent et la symptomatologie et le traitement varient également. A plusieurs reprises et en diverses publications (1), Doléris a insisté sur la pathogénie et le rôle de ces lésions glandulaires; dans les cols non déchirés, j'ai déjà appelé l'attention sur la métrite *cervicale glandulaire* des jeunes Femmes, principalement nullipares, et j'ai fait remarquer, après bien d'autres auteurs, la ténacité de cette affection, sa résistance aux moyens simples de traitement et la nécessité fréquente d'un traitement chirurgical actif. Dans les cols déchirés, il est de notion banale, qu'après un certain temps et surtout après l'abus des cautérisations au nitrate d'argent ou au fer rouge, les glandes du col se bouchent à leurs orifices, se dilatent dans leurs tubes et leurs culs-de sac, prolifèrent et se ramifient, augmentent de nombre et de volume, déterminant et entretenant autour d'elles un état d'irritation chronique suivie de sclérose cellulaire; cet état constitue la métrite parenchymateuse avec dégénérescence scléro-kystique comportant des variétés nombreuses d'aspect.

Je laisse de côté tous ces points bien décrits et toutes ces lésions bien connues dans leur pathogénie, leur symptomatologie et leur traitement; je ne veux viser aujourd'hui qu'un cas, pour ainsi dire particulier, des lésions glandulaires, celui où ces lésions, au lieu d'être diffuses et étendues à la totalité du col, se localisent en un point, laissant intact ou à peu près le reste de l'organe. Il résulte de cette hypertrophie glandulaire localisée un aspect clinique spécial capable de donner lieu à des erreurs d'interprétation et de traitement.

J'ai observé cette petite lésion sous deux formes différentes que je demande la permission d'exposer avec quelques détails. La première est la mieux connue et a été souvent signalée comme une cause de difficulté de diagnostic entre le cancer de l'utérus et les affections non néoplasiques. Elle consiste essentiellement dans le développement, dans l'épaisseur d'une des lèvres du col, le plus souvent sur la lèvre postérieure, d'une nodosité dure, résistante, de consistance ligneuse, beaucoup plus appréciable au toucher qu'à la vue. Cette nodosité peut avoir le volume d'un petit ou d'un gros pois; elle est enchâssée profondément dans le tissu utérin du col, confondue avec lui, immobile, entourée de tissus sains ayant leur consistance normale; la lèvre opposée est saine, non résistante, la cavité cervicale est libre, peut-être soulevée légèrement en un point correspondant à la nodosité; l'examen au spéculum peut ne rien révéler ou montre seulement une légère saillie au point indiqué par le toucher; sur ce point induré, quelquefois saillant, des vaisseaux fins, isolés, serpentent et se déchirent facilement au contact du doigt. A la pression, celui-ci détermine une douleur plus ou moins vive, mais constante, exclusivement localisée à la nodosité sous-muqueuse et n'en provoque pas dans son voisinage. Que si les malades ainsi affectées viennent vous consulter pour des ménorragies ou des métrorragies, le diagnostic est difficile et hésitant; on pense à un épithélioma du col au début; on est tenté de porter d'emblée un pronostic sévère et de prescrire une intervention radicale. On trouve dans la littérature médicale plusieurs faits de ce genre; Edis (1) rapporte, sous le nom d'*affection du col simulant un épithélioma*, l'histoire d'une petite tumeur dure, nodulaire, circonscrite; les lésions consistaient en une multitude de granulations kystiques superficielles et la masse du nodule était composée de bandes de tissu fibreux remplies de jeunes vaisseaux.

Mon collègue Schwartz (2) a insisté sur la difficulté du diagnostic dans trois cas de métrite du col où les lésions étaient beaucoup plus étendues que dans les formes que je vise ici.

Récemment, j'ai observé et opéré une Femme de 42 ans, dont l'histoire à ce point de vue est tout à fait instructive et que je résumerai aussi brièvement que possible.

« Il s'agit d'une dame de province, ayant eu 6 grossesses à terme et 3 fausses couches, sans aucune complication; en juillet, août et septembre 1897, les règles se suppriment et reviennent en octobre sous forme d'une perte abondante avec caillots, durant huit jours, et suivies d'un suintement sanguin persistant qui n'a jamais cessé depuis 3 mois, et présentant une assez grande fétidité au moment où j'examine la malade.

Le col est irrégulier, sillonné de brides cicatricielles au niveau d'anciennes déchirures; il n'est pas notablement augmenté de volume et il n'est nulle part ulcéré à sa surface externe, ni au niveau de l'orifice du museau de tanche. Au toucher, les lèvres du col sont fermes, dures, cicatricielles, d'une dureté régulière et uniforme sur tout le pourtour, sauf à la lèvre postérieure et à gauche en bas, où l'on trouve un point large environ d'un 1/2 centimètre, beaucoup plus dur, plus résistant et sensible.

Le doigt introduit dans la cavité cervicale sent à ce niveau une petite saillie très dure, faisant relief dans l'intérieur du col, également douloureuse à la pression. Il ne paraît pas douteux qu'il y a dans le col à ce niveau un point dur, infiltré. Au spéculum, le col est peu ouvert, non éversé, non érodé, ni ulcéré; on aperçoit à travers l'orifice externe un peu agrandi et béant la muqueuse cervicale rouge, congestionnée sur la lèvre antérieure et ce même aspect de la muqueuse sur la saillie dure de la lèvre postérieure, mais sans érosion, ni ulcération à ce niveau. Le toucher en ce point fait un peu saigner la muqueuse, mais très peu abondamment.

Le corps est un peu plus gros qu'à l'état normal, mobile et indolent; les culs-de-sac sont souples, insensibles; il n'y a aucune douleur ni pelvienne, ni lombaire. Je porte le diagnostic d'infiltration épithéliale du col au début et conclus à la nécessité d'une intervention précoce qui sera faite dans d'excellentes conditions. Les éléments de ce diagnostic sont tirés à la fois de la présence de la nodosité cervicale profonde et de la persistance des hémorrhagies qui se prolongent depuis trois mois.

L'hystérectomie vaginale est pratiquée avec la plus grande facilité et ne présente aucun incident, ni aucune suite dignes d'être signalés.

A la coupe la muqueuse utérine corporelle est saine; le tissu utérin est un peu hypertrophié, légèrement irrégulier, mais sain; il est facile de se convaincre qu'il n'y a pas d'*épithélioma du corps*. Le point du *col* qui paraissait infiltré par un noyau épithélial au début est dur, résistant et avant la coupe il est encore permis de supposer qu'il s'agit d'une infiltration épithéliale. Mais, à la coupe, ce point apparaît composé d'une zone blanchâtre, fibreuse, résistante, développée autour d'un *kyste glandulaire* de la grosseur d'un petit pois et contenant un liquide muqueux, épais, visqueux comme une solution épaisse de gomme, non purulent. La bande fibreuse qui entoure ce kyste a environ un millimètre d'épaisseur; elle est blanchâtre, nacrée, tout à fait résistante et scléreuse. La muqueuse cervicale à ce niveau est plus rouge, plus vascularisée, mais non ulcérée. En résumé, il s'agit d'une dégénérescence scléro-kystique très localisée en un point de la lèvre postérieure, faisant relief du côté de la cavité cervicale et ayant donné la sensation dure, ligneuse, d'une infiltration épithéliale au début. Le reste du col ne présente pas de dégénérescence scléro-kystique.

(1) *Nouv. Archives d'Obstét. et de Gynéc.*, 1887, 1888, 1889, 1890, passim.

(1) *British medic. Journ.*, 12 novembre 1887.

(2) *Soc. Obstétric. et Gynécol.* de Paris, 10 janvier 1889, supplém. aux *Nouv. Archives d'Obstét. et de gynécol.*, 1889, p. 241.



Si l'on rapproche cette sensation fournie par le toucher de l'hémorragie presque continuelle pendant 3 mois, il était presqu'impossible de ne pas commettre cette erreur de diagnostic.

On ne peut admettre que cette dégénérescence scléro-kystique si localisée ait pu être la cause et le point de départ de cette perte sanguine prolongée. D'autre part, il est invraisemblable qu'il ait pu s'agir d'une hémorragie post-abortive malgré la suppression des règles pendant trois mois et la production au début d'une grosse hémorragie avec caillots ; l'examen du sang à ce moment n'avait pu faire penser à un avortement et sur la pièce enlevée la muqueuse utérine était saine, propre et ne présentait en aucun point l'apparence de villosités choriales ou placentaires restées en place et pouvant fournir un suintement sanguin. Il me paraît nécessaire d'admettre que, malgré l'âge peu avancé de la malade (42 ans avoués), il s'est agi d'une métrorragie de la ménopause, peut-être exagérée par l'état du col.

Il y a lieu de tenir grand compte à cet égard de la suppression préalable des règles pendant trois mois, suppression qui est paradoxale et peu vraisemblable en cas de développement d'un néoplasme.

Dans le doute, on ne pouvait s'abstenir d'une intervention ; mais celle-ci aurait pu être grandement simplifiée si l'on s'était contenté de faire une ablation partielle du col au niveau du point suspect, suivie de l'examen microscopique des tissus. La chose m'a paru trop claire et trop évidente pour que j'aie pu douter un seul instant et que j'aie cru nécessaire de prendre cette précaution préalable.

Il m'est arrivé cependant bien des fois de réformer des diagnostics d'épithélioma du col faits par des confrères compétents et autorisés et de dépister des lésions simples dans des cas qui pouvaient prêter davantage à la confusion.

2° L'autre variété d'hypertrophie glandulaire localisée présente un aspect tout différent ; elle est constituée par le développement exagéré des glandes de la muqueuse cervicale, dans l'intérieur même de cette cavité au-dessus du museau de tanche. La lésion s'observe de préférence chez des nullipares ou chez des Femmes dont le col n'est que peu déchiré après un ou plusieurs accouchements ; son siège presque constant est la lèvre antérieure du col à sa face interne ; la lèvre postérieure est saine et tout à fait différente d'aspect ; le col est gros en avant, moins en arrière ; dans son ensemble la lèvre antérieure est hypertrophiée ; elle se développe surtout du côté de la cavité cervicale. Dans des cas beaucoup plus rares, presqu'exceptionnels, l'hypertrophie glandulaire localisée siège seulement sur la lèvre postérieure. Le toucher fournit les premiers et les plus importants renseignements ; le doigt constate un agrandissement de l'orifice externe qui peut admettre la pulpe de l'index ; il apprécie facilement le volume inégal des deux lèvres ; il reconnaît que la cavité cervicale est occupée, obstruée, par une saillie siégeant à la face interne de la lèvre antérieure, mollasse à sa superficie, et reposant sur un plan sous-jacent plus résistant. Cette saillie peut être limitée à une faible surface, être comme acuminée, ou elle peut s'étendre en longueur du côté de l'orifice interne. Elle est beaucoup plus sensible à la pression que tous les autres points du col ; le doigt, en déprimant ce point, provoque une sensation douloureuse quelquefois assez vive pour que la Femme se recule, cherchant à échapper à la pression ; cette douleur est quelquefois comparée à l'introduction d'un corps pointu, comme si l'on enfonçait un clou dans les tissus. Le plus souvent, l'examen digital ne ramène pas de sang ; rarement il provoque un léger écoulement sanguin qui s'arrête vite et spontanément.

Le spéculum confirme et complète les renseignements fournis par le toucher ; il permet de voir une saillie rougeâtre, irrégulière à sa surface, mamelonnée, framboisée, recouverte par la muqueuse cervicale vascularisée, mais non ulcérée, enduite quelquefois d'une légère couche de mucus glaireux ou d'un peu de sang. Dans son ensemble, cette saillie représente une petite masse verruqueuse développée à la face interne du col ou une petite colonne se prolongeant vers la profondeur.

Quelquefois, la surface est très irrégulière, comme hérissée de petits grains d'apparence kystique ; parfois même, à un degré plus avancé, on observe sur un point de la petite tumeur des parties détachées, pédiculisées, représentant par places de véritables petits polypes glandulaires en miniature. En effet, quelle que soit la variété d'aspect et de développement, la lésion initiale est toujours la même ; il s'agit toujours d'une hypertrophie glandulaire localisée, d'un véritable polyadénome, tumeur essentiellement bénigne, constituée par des glandes hypertrophiées et kystiques, reposant sur un stroma fibreux et séparées par des bandes de tissu fibreux. Dans son ensemble, à ce niveau le tissu du col sous-jacent est plus dur et plus résistant ; il est blanchâtre, nacré, dur à la coupe.

Je ne suis pas en mesure d'exposer la pathogénie de cette petite lésion, ni de dire pourquoi elle siège dans l'immense majorité des cas sur la lèvre antérieure seule, à l'exclusion de la postérieure. Il n'est pas difficile de comprendre que le point de départ est une infection d'abord localisée aux glandes ; mais quelle infection ? pourquoi cette localisation ? Je ne saurais le dire. Même ignorance sur la lenteur ou la rapidité du développement ; la lésion est découverte à l'occasion d'un examen, parce qu'il existe quelques symptômes utérins qui forcent l'affection, mais il serait difficile de savoir depuis quand elle existe. Les symptômes qu'elle provoque n'ont, du reste, rien de caractéristique ; les malades accusent, comme dans la plupart des affections utérines, des douleurs lombaires ou pelviennes, quelquefois crurales, de la gêne de la marche, une fatigue rapide, de la leucorrée d'abondance modérée, la durée prolongée et ennuyeuse des règles plutôt que leur abondance excessive, quelquefois un peu de sensibilité et même de douleur dans les rapports et assez souvent un léger suintement sanguin après leur accomplissement. A ces phénomènes locaux s'ajoutent les phénomènes à distance ordinaires du côté de l'estomac, du système nerveux, avec tendance à créer et à entretenir un état névropathique.

Le diagnostic est facile : la confusion ne pourrait être faite qu'avec l'épithélioma de la cavité cervicale ; l'hypertrophie glandulaire en diffère essentiellement par l'absence de dureté et d'infiltration profonde du tissu sous-muqueux et par l'absence d'hémorragie soit spontanée, soit provoquée. La localisation exacte et presque constante à la face interne de la lèvre antérieure, l'absence d'ulcération, la présence d'une couche de mucus visqueux et souvent de quelques grains glandulaires kystiques, sont des signes qui appartiennent à l'hypertrophie glandulaire localisée et donnent à cette petite lésion une physionomie spéciale.

La nécessité s'impose d'un traitement radical et définitif ; les injections, les pansements, les attouchements avec les diverses substances communément employées, ne donnent pas de résultats. Les cautérisations au nitrate d'argent, au fer rouge, doivent être sévèrement proscrites ; elles ne font que remplacer une lésion par une autre, posant des clous cicatriciels douloureux et faisant des inclusions et des rétentions glandulaires.

Le seul traitement rationnel est représenté par l'excision au bistouri des portions glandulaires hypertrophiées ; l'opération consiste essentiellement dans l'ablation d'un lambeau plus ou moins épais de la lèvre antérieure du col suivie de la suture immédiate avec deux à trois points de catgut. La réunion se fait d'avant en arrière et la muqueuse de la lèvre antérieure du col est reconstituée par le rapprochement des parties latérales.

LES CANCERS EPITHÉLIAUX

Applications des données histologiques à la thérapeutique des cancers épithéliaux (1).

Par FABRE DOMERGUE, *Dr ès sciences, Chef de laboratoire à la Faculté de médecine de Paris.*

Les faits exposés dans le cours de ce livre sont-ils de quelque utilité au point de vue de l'étude thérapeutique des cancers épithéliaux : peuvent-ils jeter quelque lumière sur une des questions les plus obscures de la pathologie et contribuer, sinon à sa solution, du moins à l'établissement d'un programme

(1) Nous extrayons ce chapitre de l'important et remarquable travail de M. Fabre Domergue : LES CANCERS ÉPITHÉLIAUX, Histologie, Histogénèse, Etiologie, applications thérapeutiques (*G. Carré* et *Naud*, 1898), dont il sera prochainement donné une analyse dans ce journal.



rationnel de recherches en vue de poursuivre cette solution ? C'est ce que je me propose d'examiner dans ce dernier chapitre.

Je fais abstraction, pour le moment, de toute hypothèse étiologique parasitaire ou tératologique. Nous avons vu combien cette cause première de l'apparition des tumeurs était encore problématique, mais nous avons vu également que, sous l'influence de cette cause inconnue, la cellule épithéliale subissait une modification dans sa direction et que cette modification constituait le mécanisme essentiel de la formation des tumeurs épithéliales. C'est uniquement au point de vue de ce mécanisme que nous voulons nous placer pour l'instant ; mais il ne sera pas inutile de jeter auparavant un coup d'œil sur l'histoire thérapeutique des cancers.

On peut diviser les traitements préconisés en vue de la guérison de ces affections en deux grands groupes fondamentaux: 1° Traitements internes par médications empiriques ; 2° Traitements destructeurs ou modificateurs.

1° Traitements internes.— Les substances les plus diverses ont été tour à tour essayées et recommandées dans ce but ; nous n'avons même pas à tenter une énumération qui nous entraînerait trop loin et hors du cadre de ces recherches. L'idée directrice qui présidait à leur emploi était l'espoir de trouver pour le cancer un *spécifique*, tel que le mercure et l'iodure de potassium pour la syphilis, le quinquina pour la fièvre.

Ces recherches n'ont pour point de départ aucune hypothèse plausible ; elles sont, par essence même, de nature empirique, aussi ne peut-on en discuter la valeur ou la raison d'être. Sans nier leur utilité, nous ne pouvons que les mentionner en passant et souhaiter qu'à défaut d'autre guide, le hasard nous procure un jour le spécifique tant désiré.

2° Traitements destructeurs ou modificateurs.— Ceux-ci forment le groupe le plus important, groupe qui peut se diviser lui-même en cinq classes principales : *A*, *extirpation par l'instrument tranchant ou par le thermocautère* ; *B*, *destruction par le broyage et l'écrasement sous-cutané* ; *C*, *destruction par les caustiques ou la galvanocaustique* ; *D*, *régression par compression* ; *E*, *destruction par injections modificatrices*.

Il ne m'appartient ni de définir, ni de décrire ces procédés qui sont connus de tous. Je me bornerai à examiner dans quelle mesure ils sont en harmonie avec les données que nous possédons sur l'histologie des cancers épithéliaux.

A. Extirpation par l'instrument tranchant ou par le thermocautère. — L'étude de l'anatomie microscopique des cancers nous apprend que ces affections, nettement caractérisées par des éléments en voie de prolifération anormale, naissent d'un groupe de cellules plus ou moins circonscrit, puis se propagent par transformation ou par envahissement. Par conséquent, l'extirpation complète du groupe cellulaire en puissance d'hyperplasie doit amener *théoriquement* la délivrance du malade. En pratique cet heureux résultat se trouve parfois et trop souvent empêché : 1° parce que l'extirpation, faite nécessairement au jugé, n'a pas été complète, d'où repullulation locale immédiate des cellules néoplasiques abandonnées sur les lieux ; 2° parce que la zone de transformation, c'est-à-dire celle dans laquelle les cellules en apparence saines sont pourtant encore en puissance d'hyperplasie, n'a pas été réséquée ; 3° enfin parce que les éléments néoplasiques mis, au cours de l'opération, en contact avec les tissus sains et les vaisseaux béants s'y sont infiltrés et y ont formé des noyaux secondaires, locaux ou éloignés (métastases). Ces trois causes d'insuccès peuvent être évitées dans une certaine mesure par l'amplitude voulue, et aussi large que possible, de l'extirpation et par la précaution — souvent irréalisable — d'opérer le néoplasme sans le mettre en contact avec les tissus sains qui formeront les parois de la plaie opératoire. J'ajouterai que les faits nombreux d'apparition d'un cancer épithélial chez le même sujet, sur un point éloigné de la première opération et après un laps de temps assez considérable pour écarter toute idée d'apport métastatique résultant de la première intervention, permet de supposer que la prédisposition à l'hyperplasie peut exister simultanément en plusieurs points du corps. En d'autres termes, une opération locale, aussi heureuse que possible, n'entrave nullement une manifestation ultérieure de ce que l'on désigne, faute de mieux, par le nom de diathèse cancéreuse.

Il y a longtemps d'ailleurs que la chirurgie avait reconnu la nécessité des larges opérations et qu'elle se conforme de son mieux à l'exécution de ce précepte. Peut-être y a-t-il lieu d'insister davantage sur le danger des auto-inoculations, signalées également depuis nombre d'années, mais dont le véritable mécanisme n'a été réellement démontré que par les expériences récentes et fructueuses de greffe et d'inoculation.

B. Destruction par broyage et par écrasement sous-cutanés. Ces procédés, qui ne sont plus employés de nos jours, auraient été imaginés en vue de favoriser la dissémination métastatique des masses néoplasiques, au sein de tous les organes, qu'ils auraient parfaitement rempli leur but (1), mais envisagés comme modes de traitement ils paraissent, *à priori*, moins efficaces que l'expectation pure et simple.

C. Destruction par les caustiques chimiques et la galvanocaustique. — Que l'on extirpe un néoplasme par le bistouri ou le thermocautère, qu'on le détruise par un agent susceptible d'annihiler la vitalité de ses cellules, les deux procédés n'en sont pas moins fondamentalement identiques. Les raisons qui dictent à l'opérateur le choix de la méthode à employer ne sont pas de notre compétence et nous n'envisagerons ici que le point de vue histologique de la question pour nous demander si le caustique peut être plus ou moins efficace que le bistouri. Je pense avoir suffisamment insisté sur l'étroite parenté des tissus néoplasiques avec les tissus sains pour n'avoir pas besoin de faire remarquer ici qu'il ne peut guère exister un caustique spécifique, c'est-à-dire un agent qui détruise la vitalité des cellules néoplasiques en les poursuivant dans l'intimité des tissus sains sans altérer aussi ces derniers. Par conséquent, il convient de considérer le caustique comme un destructeur brutal et aveugle de tout tissu vivant. Si son action porte sur une tumeur bien circonscrite, peu développée en profondeur, et si cette action s'étend assez loin pour dépasser les limites de la tumeur, le caustique agira aussi bien que le bistouri, mieux peut-être même, parce qu'il évitera les chances d'auto-inoculation par le système circulatoire. Si, au contraire, la tumeur à enlever se trouve intimement enclavée dans les tissus environnants, si, par exemple, elle s'infiltre entre des faisceaux musculaires, l'action du caustique n'entravera nullement la prolifération ultérieure des cellules qui n'auront pas été touchées par lui. Dans ce second cas, le bistouri, moins brutal et guidé par un œil exercé, sera incontestablement plus utile. Ce sont là d'ailleurs des vérités reconnues et je ne m'y arrête que pour combattre l'idée d'une *action spécifique* de tels ou tels agents chimiques destructeurs. Les mêmes remarques s'appliquent à la galvanocaustique.

D. Résolution par compression. — Ce mode de traitement, fortement préconisé il y a une cinquante d'années, est actuellement abandonné et relégué au rang des moyens inutiles. L'opinion des cliniciens ne s'étant naturellement formée sur ce point qu'après de longues et patientes expériences, je ne saurais avoir la prétention de la modifier par des réflexions personnelles et purement théoriques, mais j'avoue que certaines expériences récentes d'Hertwig au sujet des modifications de l'orientation de la division cellulaire sous l'influence de la compression, m'ont conduit à me demander s'il n'y aurait pas au fond de cette vieille méthode quelque chose de rationnel et de justifié. En présence d'une question aussi ardue et en apparence aussi insoluble que celle de la guérison des néoplasies cancéreuses, le moindre fait positif doit être retenu et soigneusement envisagé sous tous ses aspects. Or, nous verrons tout à l'heure à quels résultats Hertwig est parvenu en soumettant à la compression des œufs en voie de segmentation.

E. Injections modificatrices. — Plusieurs expérimentateurs se sont proposé, en poussant des injections interstitielles de diverses substances, soit dans l'épaisseur des tissus néoplasiques, soit dans leur voisinage, d'en amener la destruction ou la régression. Parmi ces substances, les unes sont des matières colorantes (bleu de méthylène), les autres des caustiques, ou du moins des poisons cellulaires (acide picrique), les autres enfin sont des sérums ou des toxines.

(1) M. Morau a réalisé expérimentalement la généralisation métastatique du cancer chez la Souris en procédant à l'écrasement sous-cutané d'une tumeur de la même façon que l'on s'y était pris pour en tenter la destruction.



A la suite des résultats heureux annoncés par plusieurs expérimentateurs au moyen de sérums de diverses provenances, je crus devoir exposer (1895), dans les comptes rendus de la Société de biologie, les raisons qui permettaient de douter de l'interprétation des faits obtenus et de proposer une explication qui permît de concilier l'objectivité de ces faits et l'erreur à laquelle ils avaient donné lieu. Cette explication s'étendant à toutes les injections modificatrices, quelles qu'elles soient, je me borne à reproduire textuellement ici ma note de 1895.

« Il est aujourd'hui démontré : 1° que le sérum du sang des Animaux infectés par certaines formes microbiennes contient un principe actif particulier ; 2° que ce principe actif inoculé à l'Homme lui confère l'immunité vis-à-vis d'espèces microbiennes habituellement pathogènes. Tel est le point de départ, expérimentalement justifié, de la sérothérapie. Ce mode de traitement est donc rationnellement applicable aux maladies d'origine bactérienne.

« Autant cependant il semble nécessaire d'en utiliser les applications toutes les fois que l'on se trouve en présence d'une affection présentant les caractères de cette étiologie, c'est-à-dire la contagiosité, sinon la transmissibilité par l'inoculation de l'agent pathogène isolé en cultures pures, autant il paraît illogique de l'appliquer au traitement de tous les maux. C'est précisément ce que l'on est en train de faire pour les cancers et les expériences tentées dans cette voie n'ont pour base qu'un rapprochement illégitime des affections microbiennes d'une part, et des néoplasies cancéreuses d'autre part.

« Les résultats annoncés prématurément comme des guérisons n'ont, au point de vue de leur nombre, de leur durée, de leur interprétation, qu'une portée analogue à ceux que l'on a successivement enregistrés après les autres injections modificatrices trop vite préconisées comme curatives des cancers. Tous rentrent dans une même catégorie de phénomènes, et trouvent leur véritable interprétation dans la connaissance de la structure histologique de ces affections.

« Rien n'est moins démontré que la nature, je ne dirai pas microbienne, mais parasitaire, des cancers. Ils ne possèdent même pas la contagiosité qui, à défaut de démonstration effective, permet, pour certaines autres affections comme la rage, la syphilis dont on ignore l'agent pathogène, de conclure à l'entrée, dans l'organisme, d'un corps chimique ou figuré venu du dehors et déterminant la maladie. On ne peut en effet considérer comme une contagion les cas de transmission de cancers par la greffe expérimentale ou accidentelle de tissus néoplasiques en pleine vitalité. Par conséquent la voie suivie par les expérimentateurs qui appliquent au traitement des néoplasmes le principe de la sérothérapie est purement empirique. Et rien ne fait mieux ressortir le caractère de ces tentatives que la comparaison des procédés employés par leurs préconisateurs.

« MM. Richet et Héricourt se servent de sérum sanguin d'un Ane inoculé avec du suc d'ostéo-sarcome et obtiennent indifféremment la guérison d'un fibro-sarcome et d'une tumeur indéterminée de l'estomac.

« MM. Emmerich et Scholl guérissent des cancers récidivés du sein et un sarcome de l'épaule par du sérum sanguin de Mouton, inoculé au moyen de cultures d'Erysipélocoques.

« Enfin M. Coley observe des résultats aussi favorables pour les carcinomes et les sarcomes, indifféremment, après injection de cultures d'Erysipélocoques chauffées à 100 degrés et parfois additionnées de toxines du *Bacillus prodigiosus*.

« Il ne saurait être question ici, cela va sans dire, de l'objectivité des phénomènes constatés de très bonne foi par les observateurs que je viens de citer, mais de leur interprétation. Or ces phénomènes me paraissent présenter la même signification que ceux dont on a pu, de longue date, constater la fugacité. Je veux parler des effets produits par les injections locales modificatrices en général dont le mode d'action me paraît être le suivant :

« Les tumeurs sont constituées par un tissu adulte ou embryonnaire, vivant, susceptible par conséquent de subir, sous l'influence de certains agents, tout comme le tissu normal qui les environne, des phénomènes de désorganisation et de régression. De plus, dans presque toutes ces formations, l'élément conjonctif migrateur tient une place importante.

« Les injections modificatrices agissent sur l'ensemble de la masse néoplasique de façons différentes selon leurs propriétés toxiques et probablement chimiotaxiques. Injecte-t-on dans une tumeur de l'huile phosphorée, comme l'a fait récemment encore M. Nepveu, de l'acide picrique (Morau), ou tout autre poison cellulaire, les éléments touchés par le réactif périssent immédiatement en même temps que celui-ci, se combinant avec les albuminoïdes des tissus, forme avec eux des combinaisons insolubles et par conséquent inertes. Les parties, ainsi frappées de nécrose aseptique, ne tardent pas à être résorbées par les éléments mobiles du tissu conjonctif, et le volume de la tumeur diminue proportionnellement. Dans ce premier cas, l'injection modificatrice agit à la façon d'un simple caustique. Son efficacité est limitée par le fait que jamais son action ne s'étend à tous les éléments constitutifs de la tumeur.

« Plus décevantes encore sont les injections de substances qui n'interviennent que par leur action chimiotaxique sur les leucocytes. On sait, par les expériences de Massart et Bordet, de Metchnikoff, que les toxines microbiennes présentent au plus haut point ce pouvoir. On sait aussi que la chimiotaxie peut être positive ou négative (Pfeffer, Massart et Bordet).

« Or l'observation microscopique nous démontre que toute tumeur contient, en proportion variable, une masse leucocytaire dont le volume peut osciller dans de larges limites, sans que pour cela le tissu néoplasique proprement dit subisse des fluctuations parallèles. C'est sur cet élément migrateur que l'injection modificatrice exerce son action chimiotaxique et l'on conçoit que, dans certains cas particulièrement propices, cette chimiotaxie négative puisse être assez considérable pour amener une diminution temporaire et très notable de la masse totale d'une tumeur.

« Par conséquent régression vraie par destruction partielle et incomplète du tissu néoplasique, régression apparente par raréfaction des éléments conjonctifs migrateurs, parfois productions simultanée de ces deux effets, tels sont les phénomènes qui viennent en imposer pour une guérison et qui permettent, en tout cas, d'expliquer à la fois les succès temporaires observés à la suite des injections de subtances chimiques les plus dissemblables, l'unité des résultats signalés malgré la diversité de ces substances et enfin la réserve avec laquelle doivent être accueillies de nouvelles expériences tentées dans le même ordre d'idées. »

Trois ans se sont écoulés depuis la publication de cette note et les faits semblent avoir malheureusement donné raison à l'interprétation que j'y avais proposée.

Le court résumé que l'on vient de lire suffira pour montrer à quel point se trouve actuellement la question du traitement des cancers et des cancers épithéliaux en particulier. On a pu voir qu'abstraction faite du traitement destructeur, le plus souvent incomplet, aucune hypothèse plausible n'a servi de base aux recherches tentées dans cette voie. Tout au plus, la supposition d'une étiologie parasitaire peut-elle expliquer certaines tentatives, et encore peut-on dire que ces tentatives n'ont pas été effectuées en dehors de la voie empirique.

La conception acquise par l'observation directe de la désorientation cytotropique des tumeurs n'a pas seulement l'avantage d'éclairer l'histogénèse de ces affections, de créer entre elles un lien naturel qui les relie les unes aux autres et de les considérer comme une des manifestations graduellement accentuées d'un processus pathologique unique. Cette conception nous offre encore la possibilité, ainsi que j'ai eu déjà l'occasion de l'exposer à diverses reprises, d'établir un programme de recherches expérimentales rationnelles.

Si l'on admet — et ici nous sommes dans le domaine des faits facilement vérifiables — la désorientation cellulaire comme la manifestation secondaire d'une cause première ou d'une *force* occasionnant cette désorientation, on est conduit à se demander si l'application d'une cause ou *force* contraire ne pourrait contre-balancer l'action de la cause première encore inconnue. En d'autres termes, abstraction faite de l'étiologie des cancers épithéliaux, ne pourrait-on, en rectifiant la direction cytotropique, imprimer à leurs tissus constitutifs la direction normale grâce à laquelle ils évoluent toujours dans le sens centrifuge ?

Des expériences déjà nombreuses ont prouvé depuis longtemps que la cellule vivante, soit libre, soit rattachée à une formation tissulaire, est susceptible de subir l'influence de



divers agents physiques et de s'orienter par rapport aux forces qui la sollicitent. Chacun sait l'action qu'exerce la lumière sur la direction de croissance des Végétaux; la chaleur, l'humidité, la pression possèdent des propriétés analogues ; mais nul agent ne se montre d'une puissance, d'une flexibilité comparables à celles des fluides électriques ou magnétiques. On peut désigner sous le terme général de cytotropisme les modifications de direction imprimées à la cellule vivante par l'action de ces agents et ce sont les principaux faits relatifs à l'étude du cytotropisme que nous allons passer brièvement en revue.

En 1886, M. R. DUBOIS, faisant croître sur des hosties humides des colonies de *Micrococcus prodigiosus* disposées dans un champ magnétique, constata que les colonies s'orientaient suivant les lignes de force de l'aimant. Dans la même séance où était faite la communication de M. DUBOIS, à la Société de biologie, M. D'ARSONVAL rappela quelques expériences précédemment instituées par lui et appuya les conclusions de M. DUBOIS.

Il ne semble pas avoir été fait, depuis cette époque, de nouvelles recherches, en France, sur le cytotropisme et ce sont les auteurs allemands qui, à la suite des travaux D'HERMANN et de BLASIUS et SCHWEIZER, contribuent le plus à accroître nos connaissances sur ce point. VERWORN (1889), ROUX (1896), JACOBY et SCHWYZER (1895), LOEB et MAXWELL (1896), LUDLOFF (1895), constatent l'influence du courant électrique sur la direction cellulaire et tâchent d'en déterminer les lois. Sans entrer dans de longs détails sur ces intéressantes expériences, je me bornerai à relater ici celles de VERWORN sur le *Paramœcium aurelia*, parce que ce sont celles qui semblent les plus nettes et les plus directement intéressantes pour notre sujet.

Ayant déposé sur une lame de verre une goutte d'eau contenant de nombreuses Paramœcies qui nageaient vivement dans toutes les directions, VERWORN fit passer dans le liquide un courant continu provenant de quelques éléments de pile au bichromate. Immédiatement les Paramœcies — organismes unicellulaires — s'orientèrent suivant le sens du courant et se dirigèrent vers le pôle négatif où elles s'accumulèrent. A chaque inversion de courant elles se retournaient instantanément et se précipitaient vers l'extrémité opposée de la goutte d'eau en dirigeant toujours le grand axe dans le sens des lignes de passage du flux électrique. La même expérience répétée sur un grand nombre d'organismes (Amibes, Flagellés, etc.) donna des résultats identiques. Certaines espèces cependant (*Spirostomum*) s'orientaient perpendiculairement au courant; d'autres, en petit nombre, semblaient réfractaires à son action.

J'ai très souvent repété l'expérience de VERWORN sur les Paramœcies et j'ai toujours constaté leur grande sensibilité à l'action directrice du courant électrique, à tel point que j'emploie actuellement ce moyen pour les réunir en un point déterminé d'un vase de culture et les y récolter à loisir. Les organismes pluricellulaires aquatiques, les Rotifères, les Entomostracés, les Copépodes obéissent au courant de la même manière que les Paramœcies. Il m'a semblé, par contre, que les éléments inertes mais vivants, les globules sanguins par exemple, suivaient une direction opposée et se laissaient transporter vers le pôle positif. Il y a là tout un champ d'expériences extrêmement intéressant à parcourir, mais dont je ne veux extraire que ce qui peut nous intéresser pour le moment. Les expériences de VERWORN ont été reprises et complétées par LUDLOFF en 1895.

Plus récemment encore GALEOTTI (1896), étendant ses recherches aux cellules tissulaires de la Salamandre, reconnut que le courant électrique pouvait avoir une action directrice sur la division cellulaire des éléments de l'épiderme.

L'électricité n'est pas seule à exercer une action cytotropique sur la cellule. MENDELSSOHN (1895) a reconnu le même pouvoir à la chaleur sur le *Paramœcium aurelia*. Enfin HERTWIG, dans ses belles recherches sur l'influence des agents extérieurs sur la segmentation de l'œuf, reconnait que le plan de division est toujours parallèle au plan de compression et que toute modification imprimée à la position de ce dernier se transmet à l'œuf.

Un fait principal ressort de toutes ces expériences, à savoir que la cellule obéit aux agents extérieurs et qu'elle s'oriente, sous leur influence, suivant une direction facile à déterminer. Or la division cellulaire obéit, elle aussi, à des lois extrêmement précises, relatives à la direction de son grand axe (loi de bipartition de HERTWIG), et si l'on possède le moyen de faire varier la position de cet axe, on possède par le fait même celui d'imprimer une direction déterminée à son plan de division (1).

Il ne s'agit point ici, comme on le voit, de simples hypothèses accumulées les unes au-dessus des autres. Certes je n'ai pas la prétention d'inventer de toutes pièces un traitement radical des cancers épithéliaux, mais en me reportant, d'une part, aux constatations que j'ai pu faire sur la désorientation cellulaire dans les tumeurs, en rapprochant, d'autre part, de ces constatations les faits relatifs au cytotropisme expérimental, il me semble assez légitime de baser sur ce rapprochement, sinon quelque espoir, du moins une indication de recherches.

Il serait prématuré de vouloir, dès maintenant, instituer chez l'Homme des essais de traitement basés sur ces données. On conçoit d'ailleurs aisément, après ce que je viens de dire, de quelle façon devraient être conduits ces essais. La détermination des propriétés cytotropiques de nos propres tissus indiquera la marche à suivre.

Pourrait-on d'ailleurs chercher autre part que dans l'étude de la mécanique cellulaire le fil conducteur de la thérapeutique des cancers le jour où ces affections seraient définitivement classées parmi les tératomes ? Force nous sera bien un jour, si rien ne vient confirmer les persévérants efforts de ces dernières années, de renoncer à l'encourageante hypothèse d'un parasite plus ou moins facile à attaquer et à combattre. Devrons-nous par cela même nous déclarer impuissants, renoncer à trouver, hors des voies ouvertes par la microbiologie, un nouveau terrain plus ferme encore et retomber dans le domaine si hasardeux et si désespérant de la thérapeutique empirique. Je ne le crois pas ; seule la méthode expérimentale, appuyée sur les bases rationelles édifiées par l'esprit le plus puissant du siècle, l'immortel CLAUDE BERNARD, permettra, grâce à l'étude des phénomènes cellulaires, d'arriver un jour à la solution d'un des problèmes les plus importants et les plus difficiles de la Pathologie.

REVUE ANGLAISE

Langley Browne. — RUPTURE DE GROSSESSE TUBAIRE. (*Brit. med.* J., 2 avril 1898)

Présentation de trompe, sac et placenta provenant d'une grossesse tubaire. Femme de 42 ans, V pare ; 10 jours avant son admission, étant enceinte de 2 mois, douleur abdominale soudaine et vive, suivie de péritonite. Ecoulement fétide par l'utérus, pâleur et collapsus. A l'ouverture, abdomen plein de sang, provenant des veines du ligament large droit. Trompe droite rompue et bassin plein de caillots. Ligature et ablation de la trompe et de l'ovaire ; ligature de l'utérine correspondante. Le placenta, issu probablement lors de la rupture, adhérait à l'épiploon. Lavage de la cavité avec une solution saline. Il n'y eut pas de nouvelle hémorragie, mais la malade succomba au bout de 48 h. à la septicémie.

Smyly. — HYSTÉRECTOMIE VAGINALE. (*Ac. roy. de médecine Irland.*, 18 mars 1898. *Brit. med. J.*, 16 avril 1898.)

Présentation d'un utérus enlevé chez une veuve de 49 ans, devenue incapable de travailler, surtout par suite de pénibles douleurs

(1) « Le plan de division du noyau et de la cellule est déterminé par la position que prennent dans le cytoplasma les centrosomes avec leurs sphères attractives. Nous pouvons légitimement supposer que, dans ces éléments se trouve une force, ou mieux, un système de forces, les unes attractives, les autres répulsives, variant d'intensité suivant les diverses phases de la division. Chaque sphère attractive exerce sur toutes les molécules du noyau et du cytoplasma une action dont l'intensité varie en raison inverse du carré des distances ; dans chaque moitié d'une cellule en division, c'est-à-dire dans chaque future cellule fille, la sphère attractive se place de telle sorte que la distance moyenne à tous les points de la masse protoplasmique soit aussi petite que possible. Or il est facile de démontrer, soit par l'analyse mathématique, soit par une simple construction géométrique que, dans une cellule de forme ellipsoïdale, les deux sphères, pour remplir cette condition, doivent se trouver sur le grand axe de l'ellipsoïde. L'observation directe des cytodiérèses, dans les œufs et dans les cellules animales et végétales, prouve que c'est en effet cette position que prennent les sphères attractives. » (Henneguy, *La Cellule*, p. 440.)

de reins. Utérus rétrofléchi et adhérent. Le cul-de-sac postérieur ouvert, les adhérences furent détruites en partie avec les doigts et avec des ciseaux. On fit alors la colpotomie antérieure dans le but de pratiquer la fixation vaginale, mais l'hémorragie, provenant des adhérences divisées, se montra telle qu'il sembla plus sûr d'enlever l'utérus. La rétroflexion était due à une bande inflammatoire de la face postérieure, si épaisse que, dans le cas d'une antéfixation, la traction constante qui en eût résulté aurait sans doute de beaucoup aggravé les symptômes douloureux. Aujourd'hui elle est parfaitement guérie.

Walter. — HYSTÉRECTOMIE VAGINALE POUR CANCER. 2 CAS. (*Soc. gyn. et obst. du Nord de l'Angleterre*, 18 mars 1898. *Brit. med. J.*, 9 avril 1898.)

I. — Femme de 52 ans, mariée depuis 22 ans, 4 enfants : écoulement sanguinolent depuis 3 ou 4 semaines. Ménopause depuis 8 ans et santé générale bonne jusqu'à présent. A l'examen, lèvre postérieure augmentée de volume et saignant au contact : lèvre antérieure saine ; utérus mobile et de volume normal. Hystérectomie. Difficulté pour abaisser l'utérus malgré l'intégrité des ligaments utéro-sacrés et des tissus voisins. Ligature des ligaments larges à la soie et tamponnement à la gaze. Au bout de 48 heures, retrait de la gaze, suture de la plaie au moyen de 2 fils passés au moment de l'opération, sauf aux angles qui sont drainés au moyen d'une mèche de gaze. Elimination des fils au bout de 15 jours et sortie de la malade le 22e jour.

II. — Femme de 43 ans ; mari mort d'un cancer vésical. 5 enfants et 1 avortement. Depuis 5 mois, écoulement hémorragique continu, parfois fétide : amaigrissement et anémie ; utérus gros, mais mobile, col d'apparence saine, mais après dilatation, on trouve un ulcère siègeant au niveau de l'orifice interne, érodé, saignant et remontant à 1 p. au-dessus. Hystérectomie vaginale précédée du curettage de l'ulcération ; ligature à la soie ; suture de la plaie sauf aux angles. Guérison.

Stéph. BONNET.

REVUE FRANÇAISE

Phocas. — L'INCISION VAGINALE DANS LES SUPPURATIONS PELVIENNES. (*Nord médical*, 1er juin 1898.)

Le traitement des suppurations pelviennes est toujours à l'étude. Les partisans de la laparotomie, aussi bien que ceux qui préconisent l'hystérectomie vaginale, peuvent invoquer, à l'appui de leur opinion, un certain nombre de faits. Mais, dans les deux camps, les insuccès ne sont que trop réels. La mortalité des opérations dans les suppurations pelviennes existe, quelle que soit la voie qu'on ait adoptée pour l'intervention. Le courant actuel paraît donner une certaine préférence à la laparotomie avec ablation de l'utérus par la voie abdominale. Mais une telle opération — est-il besoin de le dire ? — restera toujours exceptionnelle, et personne n'osera contester sa gravité. Aussi, après les discussions sur l'hystérectomie abdominale avec ablation des annexes suppurées, quelques membres de la Société de chirurgie (MM. Monod, Routier) ont montré un certain courage en remettant sur le tapis la simple incision vaginale, opération qui n'a rien de brillant, mais dont les résultats sont, en général, excellents, et dont la gravité est à peu près nulle. La question n'est pas tout à fait récente. C'est grâce aux travaux de M. Laroyenne (de Lyon), de M. Bouilly, de M. Le Dentu, que le champ des indications de l'incision vaginale a gagné du terrain. Au Congrès de gynécologie tenu à Genève, cette question a été mise à l'ordre du jour et M. Bouilly a précisé les indications opératoires dans un rapport très remarqué. Voici les indications admises par M. Bouilly :

« L'incision simple, suivie de drainage, représente la méthode de choix : 1° pour l'ouverture des abcès pelviens aigus d'origine cellulaire. Le siège de l'incision est imposé par le point où se produit le relief de la collection ; 2° pour l'ouverture des collections purulentes primitives d'origine post-puerpérale, post-abordive ou gonorrhéique aiguës, subaiguës ou consécutives à une infection péritonéale ; 3° pour l'ouverture des hématocèles suppurées ; 4° grâce à une meilleure antisepsie vaginale, et surtout à de meilleurs modes de drainage, l'incision simple a gagné du terrain dans le traitement des abcès pelviens enkystés siégeant dans les annexes. Dans ces cas, elle ne peut être appliquée avec efficacité et sécurité que si la poche est unilatérale, à parois peu épaisses, facilement fluctuante, bas située sur les côtés de l'utérus, ou pouvant être amenée par la pression hypogastrique au contact ou au voisinage de la paroi vaginale. Elle trouve ses meilleures indications dans les *suppurations aiguës* de l'ovaire et de la trompe, s'accompagnant d'un état général grave dans lequel la virulence exaltée du pus contre-indique une laparotomie ou une hystérectomie d'emblée. »

On pourrait résumer ces indications en disant que toute suppuration pelvienne, à la suite de l'accouchement ou de l'avortement, toute suppuration pelvienne qui n'est pas bien limitée et qui s'accompagne de fièvre, est incontestablement justiciable de l'incision vaginale. Les suppurations enkystées formant tumeur mobile à côté de l'utérus ne sont justiciables de l'incision que dans certaines circonstances rares, où l'état général ou d'autres considérations contre-indiquent une opération plus radicale : l'hystérectomie ou la laparotomie.

Au point de vue pratique, s'il persistait un doute sur la conduite à tenir, une bonne pratique consiste à commencer une hystérectomie vaginale. L'incision du cul-de-sac vaginal postérieur étant le premier temps de toute hystérectomie, renseignera sur l'état des lésions. Si, par cette incision, il s'écoule une certaine quantité de pus, il faudra s'en tenir là et ne pas pousser plus loin une opération qui deviendra difficile et grave.

En 1895, au moment où l'incision vaginale n'avait pas encore été vulgarisée, je pratiquai une opération sur une jeune Femme de 27 ans, mariée, cliente de M. Boucher, avec l'aide de M. D'Hour. A la suite d'une couche, cette Femme a eu une infection utérine avec suppuration pelvienne. L'utérus était immobilisé et très douloureux. Il existait de l'empâtement des culs-de-sac et de la fièvre. Je me suis mis en mesure de pratiquer l'hystérectomie par la méthode de Péan, et j'ai commencé cette opération par le décollement de la vessie. Je n'avais pas encore décollé complètement la vessie du col quand un flot de pus a envahi subitement le champ opératoire. Je décollai le cul-de-sac postérieur, et le pus a jailli de nouveau. Poursuivant mon opération, j'ai pincé les utérines et excisé le col. Malgré ce premier temps de l'opération, l'utérus est obstinément immobilisé, à tel point que j'ai jugé prudent de drainer les abcès et d'abandonner l'opération. Je croyais avoir fait une opération incomplète et malheureuse. Les événements m'ont montré, au contraire, que j'ai eu raison de ne pas poursuivre l'opération. La Femme a parfaitement guéri, et elle reste guérie un an après, époque à laquelle je l'ai revue.

Depuis cette époque, j'ai eu l'occasion d'avoir souvent recours à la simple incision vaginale, et je m'en suis toujours bien trouvé. Je citerai les deux faits suivants qui sont démonstratifs.

Une Femme de 52 ans, cliente de M. le docteur Daubresse, de Carvin, a eu dix enfants, le dernier a 44 ans. La ménopause est arrivée à 46 ans. A partir de ce moment, elle a ressenti des douleurs par intervalles, accompagnées d'écoulement leucorréique presque continu. Depuis quatre mois, elle s'était alitée. Elle avait de violentes douleurs, des vomissements ; elle a maigri beaucoup. M. Daubresse examine la malade, trouve l'utérus immobilisé dans une gangue dure, sans aucune apparence de cancer.

Le 10 septembre 1896, nous pratiquons l'opération avec le docteur Daubresse, à l'hôpital de Carvin. Etant donné l'état général misérable de cette Femme et son âge, nous nous contentons de pratiquer une incision du cul-de-sac vaginal postérieur, avec décollement du vagin jusqu'au péritoine. Il s'écoule une grande quantité de pus. Drainage à la gaze iodoformée.

La fièvre tombe peu à peu. Dix jours après, la Femme était apyrétique. Les douleurs cessent progressivement. Cette femme reste 40 jours à l'hôpital. Elle se porte bien depuis cette époque, et elle a pu reprendre ses rudes travaux de campagnarde sans aucune défaillance.

En 1896, j'ai opéré, dans une chambre spéciale de l'hôpital Saint-Sauveur de Lille, une Femme de 30 ans, cliente de M. le docteur Delplanque, de Lille, qui me l'a adressée pour une suppuration pelvienne. Cette Femme, qui a eu un enfant depuis quelques années, a toujours souffert de la matrice. Dans ces derniers temps elle a été prise de coliques violentes et elle a été forcée de s'aliter. Le ventre était ballonné et des signes évidents de pelvi-péritonite avec fièvre existaient au moment de mon examen. L'utérus était immobilisé et on sentait, à gauche, un gros empâtement, faisant corps avec la matrice et proéminant dans le vagin. L'état de cette femme, d'ailleurs très nerveuse, était tel que je me suis demandé si on pouvait la transporter à l'hôpital.

Je me suis contenté d'inciser et de drainer le cul-de-sac. Mon interne de cette année, M. Potel, l'a soignée avec beaucoup de dévouement, en pratiquant le drainage et des lavages. Après un séjour de 30 jours à l'hôpital, pendant lesquels la fièvre a totalement disparu, cette Femme a pu retourner chez elle. Les douleurs ont diminué peu à peu, sans disparaître aussi vite que la fièvre et l'amaigrissement. A cette heure, elle se porte encore bien et vaque à ses occupations.

Sans doute, tous les cas ne sont pas aussi heureux, et on doit s'attendre à trouver des suppurations pelviennes qui, incisées par le vagin, ne continuent pas moins à évoluer et à nécessiter plus tard une opération radicale. Même dans ces cas, l'incision vaginale et le drainage, en faisant tomber les phénomènes aigus et la fièvre, améliorent l'état général et préparent le terrain pour une opération qui aurait été très dangereuse ou mortelle si elle avait été pratiquée primitivement.

En effet, dans les cas de ce genre, l'hystérectomie vaginale primitive est extrêmement difficile et dangereuse, à cause de l'immo-

bilité de l'utérus et de son extrême friabilité. Quant à la laparotomie, elle risque, malgré toutes les précautions, d'inoculer le péritoine et d'amener une péritonite mortelle. Je ne serai pas taxé d'exagération en disant qu'un grand nombre de chirurgiens ont eu à déplorer des désastres dans ces conditions.

Il reste donc acquis que l'incision vaginale est la méthode de choix dans les suppurations pelviennes, quand l'état général ou local contre-indiquent une opération plus radicale. Il ne s'agit pas d'une méthode générale de traitement, comme certains ont voulu le dire, mais d'une méthode de nécessité qui n'offre aucune gravité et qui est assez efficace pour améliorer toujours l'état général et local et pour procurer dans certains cas, à elle seule, une guérison stable.

Le manuel opératoire de l'incision vaginale n'est pas, à l'heure actuelle, celui qui a été proposé par le promoteur de la méthode, M. Laroyenne. Le professeur de Lyon procède par ponction à l'aide de son trocart à courbure déterminée. Il agrandit l'ouverture à l'aide du métrotome de Simpson et établit une ouverture large de l'abcès et un drainage par une éponge. (Voy. à ce sujet: Laroyenne, *Lyon méd.*, 1886 ; Blanc, th. doc., Lyon, 1887 ; Goullioud, Congr. franç. de chir., 1889). La ponction se fait toujours dans le cul-de-sac postérieur, en son milieu ou sur le côté. Puis, par un mouvement imprimé au manche du trocart, on atteint les poches latérales. — Grâce à sa courbure, le trocart, aidé de la pression hypogastrique, va ponctionner la collection dans un point d'élection.

L'introduction de l'éponge recouverte de gaze iodoformée a un double but : dilater l'orifice et arrêter le sang. Au bout de 48 heures, l'éponge est remplacée par la gaze iodoformée.

Avec la technique de l'hystérectomie que Doyen nous a enseignée, je pense que le trocart de Laroyenne ne doit avoir actuellement que fort peu de partisans.

L'incision vaginale n'est en somme que le premier temps de l'hystérectomie vaginale de Doyen et, comme, depuis longtemps, nous ne pratiquons que le procédé de cet auteur, nous ne saurions mieux faire que le décrire d'après Doyen :

Le col attiré en haut, autant que possible, et saisi, s'il y a lieu, par sa lèvre postérieure, un écarteur N° 2 ou N° 3 est introduit en arrière, le N° 1 se trouvant trop court pour tendre le cul-de-sac vaginal postérieur. La muqueuse vaginale est incisée hémi-circulairement avec de forts ciseaux, du côté droit au côté gauche et quelques nouvelles sections sont effectuées à la face postérieure du col. L'écarteur enlevé, le doigt essaye de pénétrer dans la profondeur et décolle ce qu'il peut.

Si l'incision n'a pas été faite du premier coup assez profonde, on replace l'écarteur et l'on suit des ciseaux la face postérieure de l'utérus. Souvent une poche rétro-utérine est ouverte par cette manœuvre. L'index droit ou le gauche, introduit dans la plaie le long de la paroi postérieure de l'utérus, décolle alors les adhérences. S'écoule-t-il alors au cours de cette exploration une grande quantité de pus, nous bornons l'intervention à la colpotomie ; la poche est nettoyée avec des compresses, puis tamponnée. On n'y pratique pas d'injection immédiate, un pertuis péritonéal pouvant exister en un point quelconque (Doyen, *Technique chir.*, p. 474).

Les soins consécutifs consistent à changer, au bout de 24 ou 48 heures, la gaze iodoformée et de commencer des lavages de la poche au bout de 3 ou 4 jours, surtout si la fièvre persiste.

Il est bien entendu que si la collection purulente est située en avant, il faudra l'aborder par le décollement de la vessie en exécutant le second temps de l'hystérectomie vaginale, hémisection du vagin en avant, décollement de la vessie au doigt. De cette façon, on se met sûrement à l'abri de toute lésion vésicale ou uretérine.

Pollosson. — GROSSESSES EXTRA-UTÉRINES. (*Soc. des sc. méd. de Lyon*, mai 1898.)

L'auteur présente des pièces provenant de la rupture d'une grossesse extra-utérine. A ce propos, M. Pollosson rappelle les divers types cliniques auxquels donne lieu cet accident.

Il rapporte deux observations ayant une grande analogie. Dans la première, une douleur abdominale intense, subite, un état demi-syncopal, marquèrent le début de l'accident. L'état lipothymique alla s'accentuant et la laparotomie fut pratiquée presque sans anesthésie ; la cavité péritonéale contenait un épanchement de sang d'un litre et demi environ. Sur une des trompes se trouvait une tuméfaction de la grosseur du petit doigt, au niveau de l'insertion utérine, avec une déchirure et un caillot ; dans la cavité de la trompe ont été constatées des villosités placentaires à l'état embryonnaire. La trompe fut enlevée. Après être restée dans un état des plus graves pendant plusieurs jours, la malade guérit.

Mais, au bout de trois semaines, s'est déclarée une obstruction intestinale, due aux adhérences contractées au niveau du tamponnement à la Mickulicz de la première intervention.

La laparotomie avec libération des adhérences lui sauva la vie.

La deuxième malade est analogue, mais le tableau fut plutôt celui de la péritonite ; néanmoins, comme pour la première, le diagnostic fut celui de rupture de grossesse extra-utérine. L'intervention fut pratiquée tardivement, six jours après le début des accidents, et permit de constater une hémorragie intra-péritonéale abondante et de vérifier le diagnostic ; elle n'amena aucun résultat.

M. Pollosson conclut, en terminant, à la nécessisté des interventions abdominales rapides dans les cas analogues. D'après lui, les hémorragies sont d'autant plus abondantes qu'on est plus près du début de la grossesse.

Lambret. — MALFORMATION UTÉRINE PRISE POUR UNE ANNEXITE. (*Bulletin médical*, février 1898.)

Ce diagnostic de lésions annexielles ne présente habituellement pas de difficultés, et les cas sont rares où l'on ait pu commettre des erreurs de diagnostic. L'auteur cite le cas d'une Femme qu'il opéra dans le service de M. le Professeur Folet pour des lésions d'annexite droite ; au cours de l'opération, il reconnut avoir affaire à une variété connue et décrite d'utérus unicorne avec présence d'une corne rudimentaire à droite. Mais la particularité intéressante du cas actuel était qu'en sa partie moyenne, cette corne, parfaitement rudimentaire au-dessus et au-dessous, présentait, au contraire, un volume considérable, et, à ce niveau, possédait une paroi musculaire et une cavité tapissée d'une muqueuse, remplie de sang noir et diffluent, caractère du sang contenu dans les hématométries. Les annexes de ce côté étaient atrophiées. L'opération se termine par l'ablation complète des organes rudimentaires du côté droit et par l'ignipuncture de l'ovaire gauche légèrement kystique.

Lambret. — LES OPÉRATIONS PLASTIQUES PRATIQUÉES SUR LE TISSU UTÉRIN DANS LES FLEXIONS DE L'UTÉRUS. (*Archives provinciales de chirurgie*, n° 4, 1898.)

Dans son mémoire, le Dr Lambret passe en revue tous les procédés employés dans les différents cas de flexion de l'utérus. Nous allons résumer rapidement tous ces différents procédés.

Dans les traités spéciaux de gynécologie et notamment dans le livre de Pozzi, les opérations qui ont pour but de redresser l'utérus sont étudiées dans tous leurs détails. On sait qu'on peut ranger ces opérations en deux grandes classes :

1° Les opérations qui s'adressent aux ligaments, c'est-à-dire aux moyens de fixation de l'utérus.

2° Les opérations qui ont pour but de fixer l'utérus lui-même, directement aux organes voisins.

L'auteur ne s'arrête pas à décrire, ni l'un ni l'autre de ces deux classes d'opérations.

En effet, à côté de ces deux catégories d'opérations, en a surgi une troisième ; dans cette dernière, on ne s'occupe plus des ligaments, on ne cherche pas à provoquer des adhérences pathologiques, mais on s'adresse à l'utérus lui-même. A proprement parler, ce ne sont pas des opérations, ce sont plutôt des procédés plastiques, que nous allons, avec l'auteur, passer en revue.

Ces procédés ont été appliqués au traitement et de l'antéflexion et de la rétroflexion ; néanmoins, à un point de vue purement technique, il faut distinguer parmi les procédés opératoires, ceux qui se font par le voie abdominale, et ceux qui empruntent la voie vaginale.

Voie abdominale. — Deux opérateurs ont traité par l'abdomen les flexions utérines :

Ce sont Thiriar (Congrès de Bruxelles, 1892) et Jonnesco (Congrès de Moscou, 1897).

Cunéohystérectomie de Thiriar. — Thiriar pratiqua l'opération qu'il décrivit au Congrès de Bruxelles, pour remédier à une antéflexion qui occasionnait des douleurs intolérables au moment des règles.

Comme son nom l'indique, la cunéohystérectomie est la résection cunéiforme de l'utérus.

L'affection qu'il s'agissait de traiter étant une antéflexion, c'est sur la paroi opposée, c'est-à-dire la postérieure, que porte l'intervention.

Thiriar pratique une incision sus-pubienne, fait refouler, par un aide, les intestins hors de la cavité pelvienne. Il saisit alors, avec une pince de Museux, le fond de l'utérus, qu'il attire le plus loin possible du ventre.

Au niveau de la coudure et sur la paroi postérieure de l'utérus, il fait un avivement elliptique de deux centimètres de long, comprenant toute la largeur de la substance utérine et allant jusqu'à la muqueuse exclusivement. Toute la partie comprise dans l'incision est enlevée et les lèvres de la plaie sont réunies par cinq points de suture au catgut, puis il ferme l'abdomen. Nous ne savons pas si Thiriar pratiqua plusieurs fois cette opération. Pour le cas présent, la réussite fut complète.

Cunéohystérectomie de Jonnesco. — Au Congrès de Moscou, Jonesco a fait connaître un procédé personnel qu'il emploie dans les cas de rétroflexions de l'utérus.

Cette opération est faite sur la face antérieure de l'utérus. Incision de la paroi abdominale au-dessus du pubis, sur une longueur

de douze centimètres ; on saisit l'utérus avec un Museux. Puis on pratique la cunéohystérectomie dans le cul-de-sac vésico-utérin.

1re incision transversale d'une marge à l'autre de l'utérus ; on saisit la lèvre supérieure et, avec le doigt, on sépare la vessie de l'utérus sur deux centimètres ; vers la lèvre supérieure, on sépare le péritoine sur un centimètre. En hauteur, trois centimètres sont dépourvus du revêtement péritonéal.

Au bistouri, on résèque un morceau de l'utérus, au niveau de l'angle de flexion ; la partie réséquée comprend toute la largeur de l'organe et va jusqu'à la muqueuse exclusivement.

Cette ablation laisse une plaie quadrangulaire, qu'on ferme à l'aiguille courbe de Reverdin. On fait pénétrer cette aiguille à deux millimètres en dehors d'une lèvre utérine ; elle traverse tout le tissu musculaire et ressort à la même distance du bord opposé de la plaie.

Trois points suffisent ; elles produisent l'hémostase et un affrontement complet de toute l'étendue de la plaie.

Par dessus, suture en surjet, au catgut fin, de la plaie péritonéale.

Comme l'on peut en juger, les opérations de Thiriar et de Jonesco, sont à peu près les mêmes, mais donnent d'excellents résultats.

Voie vaginale. — Nous avons une foule de procédés qui se ressemblent beaucoup, ayant tous pour but de redresser l'utérus, en s'attaquant à lui par la voie vaginale.

Procédé de Von Rabenau (décrit dans le *Berlin. klin. Woch.*, 1886). — En deux mots, son opération est basée sur le principe suivant : faire une résection haute de la lèvre antérieure du col, afin de raccourcir la paroi antérieure de l'utérus ; fixer ensuite au vagin, au même niveau qu'auparavant, la nouvelle lèvre antérieure, qui entraînera à sa suite le fond, puis la paroi postérieure de l'utérus.

Ce procédé n'est plus guère employé.

Procédé de Doyen. (*Arch. prov. de chir.*, 1896.) — Doyen combine à l'opération d'Alexander, ce qu'il appelle le raccourcissement de la paroi utérine antérieure, toujours pour la rétroflexion.

Il abaisse le col, incise le cul-de-sac antérieur, décolle la vessie et ouvre le péritoine, puis passe un fil de soie dans la couche superficielle du corps de l'utérus : l'autre chef du fil est fixé à la partie inférieure de la portion sus-vaginale du col. Ce plissement de l'organe amène son redressement.

Procédé d'Elisher. (*Centralblatt f. Gynaek.*, 1897.) — Deux temps.

1er temps. — On attire l'utérus tout entier au dehors le plus bas possible. Le col est amené à la vulve, on incise le cul-de-sac vaginal antérieur ; on décolle la face postérieure de la vessie et on ouvre le cul-de-sac vésico-utérin du péritoine. On suture alors la lèvre antérieure de la plaie péritonéale à la tranche vaginale, de façon à recouvrir provisoirement la face postérieure de la vessie. Puis, on va chercher le corps utérin dans le cul-de-sac de Douglas ; on le fait basculer en avant, et on l'amène entièrement au devant du pubis.

Le 2e temps consiste à rendre cette antéflexion permanente. Pour cela, au point d'incurvation de l'utérus, on fait une incision, se dirigeant obliquement vers la muqueuse, et vers le fond de l'organe, c'est-à-dire, en arrière et en haut, de façon à obtenir, aux dépens du parenchyme utérin, un lambeau large de deux centimètres et demi. Puis, de haut en bas, on enlève, en haut, sur la face antérieure du col, une tranche de tissu large de deux centimètres. Sur le col, ainsi avivé, on attire le lambeau précédemment obtenu et on l'y fixe par plusieurs points de suture au catgut. Tout l'organe est réduit dans la cavité abdominale ; on supprime la suture péritonéo-vaginale ; on restaure les culs-de-sac en suturant séparément les lèvres péritonéales et vaginales.

Procédé de Follet. — On enlève un coin de substance utérine du côté opposé à la flexion.

1° *Cunéohystérectomie vaginale d'emblée.* — 1er temps : Abaissement de l'utérus et incision du cul-de-sac vaginal opposé à la flexion. Ouverture du cul-de-sac péritonéal, destruction des adhérences.

2e *temps.* — Résection d'un morceau d'utérus, au niveau de l'angle de la flexion, ayant une base d'environ deux centimètres, elliptique, et comprenant toute la largeur de l'organe, entamant tout le parenchyme, jusqu'à la muqueuse utérine exclusivement.

3e *temps.* — Suture des deux lèvres de la perte de substance, ainsi obtenue. Cette suture produit l'hémostase et amène le redressement immédiat et manifeste de la courbure anormale.

4e *temps.* — Reconstitution des culs-de-sac ouverts. Ce procédé est excellent pour l'antéflexion, mais insuffisant pour la rétroflexion. Le reproche à faire est que l'on ne voit pas assez clair, ce qui est contraire aux lois chirurgicales.

2° *Cunéo-hystérectomie vaginale avec hystérectomie médiane préliminaire*

Le premier temps est le même que celui du procédé précédent.

Le second temps consiste à pratiquer la section médiane d'une face utérine, jusqu'au niveau de la coudure.

3e *temps.* — On procède à la cunéohystérectomie, proprement dite ; on forme deux petits lambeaux d'aspect pyramidal, dont la base est située du côté de la surface extérieure de l'utérus et le sommet du côté de la muqueuse. On réunit alors les deux lèvres de la perte de substance utérine ; puis on reconstitue au catgut la paroi divisée par la section médiane. Enfin on restaure les culs-de-sac ouverts.

L'auteur examine alors quelle est la valeur de toutes les opérations, qu'il vient de passer en revue.

Tout d'abord il préfère les procédés vaginaux pour plusieurs raisons que nous ne rapporterons pas ici.

Quel est le procédé vaginal qu'il est préférable d'employer. L'auteur parait assez embarrassé, tous ont des avantages, tous ont des désavantages.

Le gros ennui de tous ces procédés, c'est qu'ils laissent, à leur suite, une cicatrice utérine : c'est la raison pour laquelle l'auteur préfère le procédé de Doyen pour remédier aux antéflexions.

Pour les rétroflexions, c'est tout autre chose, s'attaquer d'abord à la cause, qui, le plus souvent, est une métrite, soit par un curettage, soit par la résection du col ; une fois cela fait, appliquer le procédé de Doyen.

Quant aux rétroflexions adhérentes, elles doivent être opérées par la voie abdominale, qui est la voie lumineuse par excellence.

L. Touvenaint. — TRAITEMENT HYDRO-MINÉRAL DANS LES AFFECTIONS GYNÉCOLOGIQUES. (*Revue internationale de méd. et de chir.*, n° 10, 1898.)

Les maladies de la Femme sont souvent très améliorées par un traitement hydrominéral bien approprié, d'où la nécessité pour le praticien de bien connaître la composition des eaux à employer, qui ont leur indication suivant telle ou telle affection.

L'auteur établit la classification donnée par Ozenne dans son manuel de thérapeutique gynécologique, t. VII.

1° *Eaux bicarbonatées*, sodiques (Plombières, Vichy), calciques (Pougues), mixtes (Evian, Lacanne, La Malou), ont des propriétés sédatives.

2° *Les eaux chlorurées*, sodiques, lithinées, etc. (Bourbonne, Salies, Salins, La Motte, Saint-Nectaire, Dax, etc.), sont toujours toniques et laxatives ; réveillent l'activité physiologique des tissus.

3° *Les eaux sulfureuses* (Luchon, Saint-Sauveur, Amélie, etc.), sont excitantes, stimulantes, révulsives, leur action s'exerce et sur les organes malades et sur l'organisme tout entier.

L'auteur passe ensuite en revue les différentes affections gynécologiques dans lesquelles les eaux minérales peuvent être conseillées avec avantage.

I) *Troubles de la menstruation.* — Quand il s'agit de troubles menstruels, d'ordre fonctionnel et ne dépendant, ni d'un vice de conformation de l'utérus, ni d'une affection de cet organe ou de ses annexes, les eaux minérales peuvent rendre de grands services.

Anémie, chlorose, se trouveront bien d'une saison à La Malou, Luxeuil ou Bussang. Forges sera conseillé aux dyspeptiques avec ou sans dilatation de l'estomac.

On conseillera Bourbonne ou Salins-Moutiers (Savoie) aux lymphatiques, ayant soit de l'aménorrée soit de la dysménorrée. Quand l'aménorrée est liée à l'obésité, on aura recours à Brides ou Chatel-Guyon. Pour la dysménorrée nerveuse, Néris, Plombières, Saint-Sauveur.

II. *Stérilité* due non à une altération organique ou à quelque altération matérielle, mais au nervosisme ou à l'hystérie, Luxeuil, Néris, La Malou.

III. *Névrose de l'appareil génital.* — Quand les douleurs sont les signes prédominants de la maladie, ordonner Luxeuil, Plombières, Uriage, ou Saint-Sauveur.

IV. *Métrites et périmétro-salpingites chroniques.* — Ne jamais, dans ces cas, recourir à la thérapeutique thermale à la phase aiguë de la maladie, attendre que l'inflammation soit en voie de régression.

Une fois ceci bien établi, le médecin se guidera sur la constitution de la malade. Pour les scrofuleuses et les lymphatiques : Bourbonne, Salins, Salies, La Motte.

Pour les *arthritiques* avec les manifestations si variées, chez ces malades : Vichy, Pougues, Chatelguyon, Brides. En cas de lithiase rénale : Vittel, Contrexeville, Evian.

Chez les herpétiques : La Bourboule, Saint-Sauveur.

V. *Tumeurs fibreuses de l'utérus.* — Les eaux minérales n'ont malheureusement que peu d'influence sur les fibromes, et il ne faut pas s'attendre, par leur emploi, à les voir disparaître.

Cependant, Durand-Fardel préconise les eaux de Vichy, en prétendant qu'elles diminuent les pertes.

Dr Pierre Planchon.

R. PICHEVIN, *Directeur-Gérant.*

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE DAIX FRÈRES.
Maison spéciale pour Journaux et Revues.



CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE DE M. LE PROFESSEUR LAROYENNE, DE LYON.

LES KYSTES DE L'UTÉRUS

Par Al. FERRET, interne des hôpitaux de Lyon.

Depuis que la laparotomie a remplacé la ponction dans les tumeurs kystiques de l'abdomen, le jour s'est fait sur l'origine et le siège de ces tumeurs, et l'on a distingué, soit par les signes cliniques, soit par les interventions, ce qui revient à l'ovaire ou au parovaire, à l'épiploon, à l'utérus, etc. On a vu que certaines cavités kystiques n'étaient que des portions de tumeurs malignes, surtout de sarcomes, atteints de dégénérescence.

Nous parlerons seulement des kystes utérins, laissant encore de côté ceux qui peuvent naître d'organes voisins et contracter ensuite des adhérences telles, avec l'utérus, qu'ils semblent, à l'examen, lui appartenir en propre.

Y a-t-il des kystes de l'utérus et quels sont-ils ? Telle est la question que nous allons aborder.

Longtemps on a admis deux variétés de ces tumeurs : les tumeurs kystiques vraies de l'utérus, pouvant se présenter isolément ou en même temps qu'un fibrome, et les kystes développés aux dépens d'un fibrome, les cysto-fibromes proprement dits.

Péan (1) conclut, d'une étude très complète des cysto-fibromes, portant sur 26 cas personnels, qu'il existe, à part eux, des kystes purs, et que si les auteurs les nient, c'est qu'ils n'ont pas eu l'occasion d'en observer. Sa description repose sur un cas de Demarquay (2) et une observation personnelle. Il y a, à côté des kystes séreux simples de l'utérus, des kystes parasitaires. On a réuni environ 15 cas de ces derniers (3) ; mais, même à l'examen microscopique de la paroi, il est très difficile d'affirmer que l'on soit en présence d'un kyste hydatique. Nous laisserons de côté ces productions de cause spéciale pour nous en tenir aux kystes séreux simples.

Les kystes de l'utérus se développeraient à un âge moins avancé que les fibro-kystes. On les voit surtout de 20 à 40 ans. Ils sont uni ou multiloculaires, et souvent intraligamenteux. Ils contractent habituellement des adhérences avec les parois du bassin, l'épiploon, l'intestin. Leur contenu est séreux, clair, parfois hématique ou formé de caillots, comme pour les fibrokystes. La paroi, examinée par Bouchard dans le cas de Demarquay, renferme « des fibres musculaires de l'utérus hypertrophiées, des fibres cellules et des noyaux embryo-plastiques ».

Par rapport à l'utérus, ces kystes ont pour point de départ le corps utérin lui-même, et, par suite de leur développement, ils peuvent devenir sous-muqueux, mais plus souvent sous-péritonéaux, secondairement. Ils se comportent donc à la façon des fibromes. Telle est l'opinion de Péan. Pour Lebec (4), au contraire, ils ont uniquement pour point de départ le tissu cellulaire sous-péritonéal. Quoi qu'il en soit, à l'intervention, ils sont presque toujours sous-séreux. Témoin le cas déjà cité de Demarquay intitulé : « Tumeur kystique de l'utérus prise pour un kyste de l'ovaire ». Il fit l'ablation partielle, après ligature et écrasement de l'utérus, au-dessus du niveau des trompes.

Les signes fonctionnels sont à peu près ceux des fibromes utérins : hémorragies plus rares, douleurs continues et intolérables quand le kyste devient volumineux ou suppure. La poche est dure, rénitente, fluctuante. Elle donne une matité fixe, qui ne se modifie pas avec les changements de position de la malade ; augmentation de la cavité utérine à l'hystéromètre.

La marche est irrégulière ; ces tumeurs sont plus grosses et plus tendues au moment des règles.

Le pronostic est bénin ; ces kystes ne présentent pas la dégénérescence épithéliomateuse et sont bien supportés par les malades pendant longtemps.

On cherchera à les différencier des fibro-kystes, des kystes de l'ovaire ou du ligament large. Les cysto-fibromes présentent des parties dures à coté d'autres fluctuantes. C'est là un signe pathognomonique. — Les kystes de l'ovaire ont un siège latéral, au début, et une évolution différente.— Pour les kystes du ligament large, on ne pourra les distinguer que s'ils sont nettement indépendants de l'utérus. S'ils viennent adhérer à l'utérus, le diagnostic est impossible d'avec un kyste de l'utérus, surtout intraligamentaire.

Tels sont les kystes de l'utérus, constituant, pour Péan et Demarquay, une entité morbide distincte les cysto-fibromes.

Après avoir étudié ces derniers, qui constituent la seconde variété des kystes utérins, nous verrons ce qu'il faut penser des kystes séreux purs.

Le premier, Cruveilhier fit une étude anatomique complète sur la dégénérescence kystique dans les fibromes (1). Il créa le terme expressif de fibromes à géodes et montra que la réunion de ces géodes pouvait donner lieu à la formation de kystes uniques ou multiples plus ou moins considérables. Les kystes étant relativement fréquents, de nombreux auteurs ont étudié la question : Demarquay, Péan, qui rapporte 26 cas personnels ; Billroth, Volkmann, Schrœder, Müller, enfin Lebec, qui leur a consacré sa thèse inaugurale, Paris 1880. Depuis, plusieurs observations ont été publiées jusqu'à ce jour par Maunoury (2), Monod, Webster 1895, etc., etc. L'an dernier (23 mars 1897), M. Vincent, chirurgien en chef de la Charité de Lyon, opérait un kyste multiloculaire du fond de l'utérus, inséré à la façon d'un fibrome pédiculé, et qui était certainement un fibrome dégénéré en totalité; certaines poches renfermaient du liquide clair, d'autres, une sérosité plus épaisse et filante, d'autres enfin, du sang fluide ou coagulé. La malade, âgée de 43 ans, a parfaitement guéri.

Nous rapporterons brièvement l'observation de Cruveilhier, qui est absolument typique dans l'espèce, et un cas personnel des plus intéressants que nous avons relevé le mois dernier à la Clinique Gynécologique de M. le Professeur Laroyenne.

L'observation de Cruveilhier (3) est la suivante : « Tumeur fibreuse qui occupait le fond de l'utérus, prolongée par un kyste séreux qui en quadruplait le volume. La tumeur fibreuse était à nu dans le kyste, lequel était formé de deux feuillets, l'intérieur mince et séreux ; l'extérieur, fibreux, dense, se continuant avec le tissu propre de l'utérus, aux dépens duquel il était probablement formé. » Et il ajoute : « Dans ces kystes surajoutés aux corps fibreux, la membrane d'enveloppe est-elle formée par le péritoine et le tissu cellulaire qui unit la séreuse au myome, et le kyste, né du tissu conjonctif, n'aurait-il que des rapports de voisinage avec le fibrome ; ou bien la paroi vient-elle, au contraire, du péritoine et d'une couche mince de tissu utérin ? »

En effet, toute la question est là, si la première hypothèse est vraie, cela prouve qu'il peut coexister des fibromes et des kystes entièrement indépendants nés dans le tissu cellulaire sous-péritonéal ; dans le second cas, on n'a plus affaire qu'à un kysto-fibrome banal.

Notre observation qui suit est un cas bien net de cysto-fibrome, remarquable par les dimensions considérables du kyste et son indépendance apparente vis-à-vis du fibrome lui-même.

Observation clinique. — Madame R., âgée de 50 ans, a été réglée pour la première fois à 15 ans, puis régulièrement jusqu'à 36. Les

(1) Voir Péan. Tumeurs de l'abdomen et du bassin, tome 3, page 259.
(2) Voir Demarquay. Traité des maladies de l'utérus, page 285.
(3) Secheyron. *Archives de tocologie de* 1887, page 985.
(4) Lebec. Etude sur les tumeurs fibro-kystiques de l'utérus, Thèse de Paris, 1880.

(1) Traité d'an. pathol., tome III.
(2) Voir in Traité de gynécologie. Labadie-Legueu, page 835.
(3) Voir Traité d'An. Path., tome 3, page 670, et Atlas d'An. Path. du corps humain, XIIIe livraison, planche IV.



règles duraient 8 jours. Un accouchement à terme à 29 ans. A partir de 36 ans, périodes de ménorragies et de métrorragies avec caillots, et, par contre, à deux reprises, aménorrée pendant 7 à 8 mois ces deux années dernières.

Le ventre a commencé à grossir il y a 4 ans. Depuis 5 mois, l'accroissement a été beaucoup plus rapide. Constipation et pollakiurie sans dysurie.

A l'examen, l'abdomen est très volumineux et donne l'impression d'une ascite énorme, légèrement conique vers le bas. Matité partout, sauf tout à fait dans les flancs où la sonorité est assez franche. Sensation de flot extraordinairement nette.

Au toucher, col petit, mou, légèrement entr'ouvert. On sent un petit polype inséré à l'orifice. Utérus fixé et remonté.

Sous anesthésie, la paroi abdominale se détend et l'on sent, vers le milieu de la ligne ombilico-pubienne, une tumeur dure.

Le 18 mai, laparotomie. Incision sous-ombilicale de 15 cm. ; 500 gr. d'ascite environ. Tumeur qui paraît solide. En effet, la ponction ne laisse rien écouler. On agrandit l'incision de 5 à 6 cm. : zone fluctuante, reponction : liquide séreux, jaune citrin, fluide, très abondant, au moins 15 litres. Extraction du kyste évacué et de la tumeur solide ; ligature élastique, le plus bas possible, sur l'utérus. Ligatures sur les ligaments larges ; ablation des annexes et clivage du fibrome. M. Laroyenne ne fait pas son procédé de la collerette ; on se contente de fixer le pédicule à la paroi par 4 points séparés. Cautérisation du pédicule à la solution phéniquée forte. Mèche dans le Douglas et dans le cul-de-sac vésico-utérin. Suture continue de la paroi, à 3 étages. L'opération a duré 25 minutes. La Femme perd du sang par le vagin. Lavage vaginal et mèche dans la cavité du pédicule utérin.

Suites opératoires. Le soir, apyrexie. La malade a perdu beaucoup de sang par le vagin.

Lendemain soir 17 : perd encore un peu. Se plaint de points de côté dans le ventre et vers les hypochondres. Le pouls est bon.

Le 20 matin, température 39° ; perd toujours, très faible. Curage de la cavité du col utérin pleine de caillots, lavage, tampons à l'eau de Pagliari. Injections d'éther et de 1200 gr. de sérum artificiel à 7 pour 1000 à la cuisse gauche. Pouls à 140, très instable.

Le soir, température 39°2. La malade boit bien et ne vomit pas. Pas d'hémorragie depuis le matin. Pouls rapide, filant sous le doigt par intervalles. Respir. 36 ; facies péritonéal ; pas de vomissements. La malade meurt dans la nuit du 21, à 3 heures du matin.

L'autopsie n'a rien montré d'important à signaler.

A l'examen macroscopique, la pièce se compose de deux parties distinctes, la tumeur solide et le kyste vide pesant ensemble 2 kilogr. 450 gr. après macération. On reconnaît dans la tumeur enlevée le corps de l'utérus très augmenté de volume (il présente 20 cm. de hauteur, 18 de large et 15 d'épaisseur), les trompes et les deux ovaires qui n'offrent rien de particulier à signaler.

L'utérus a subi une hyperthrophie dans toutes ses parties et, de plus, en quelques points, il présente des fibromes plus ou moins développés, au nombre d'une douzaine environ, de volume très variable. A la coupe, ces fibromes ont un aspect œdémateux, très riche en liquide, qui remplit un grand nombre de fentes rappelant les fentes lymphatiques de l'utérus, mais distendues.

Le kyste, d'un volume considérable, siège à la partie supérieure de l'utérus. Il renfermait 15 litres au moins de liquide citrin, clair, donnant un trouble par la chaleur et les acides. Il est uniloculaire, mais présente intérieurement des cloisons incomplètes, indices de l'existence antérieure de plusieurs loges. Etalé, il mesure encore 32 cm. de haut sur 35 de large. Sa face péritonéale est pâle, lisse dans la plus grande partie de sa surface, mais, en certains points, elle montre un dépoli témoin d'une irritation du péritoine. Des sillons obliques et verticaux, imprimés par le réseau des veines dilatées de la paroi abdominale, montrent la forte tension qui existait dans ce kyste.

Du côté de la cavité, la surface présente une grande quantité de petites irrégularités et son aspect n'est pas lisse et uni.

La paroi présente dans sa plus grande étendue une très faible épaisseur de 3 à 5 mm. au plus, tandis que, près de la tumeur, elle mesure un demi-centimètre environ.

L'examen microscopique de la paroi de la poche, dû à l'obligeance du Docteur Fabre, chef du laboratoire de la Clinique Obstétricale, « montre que le péritoine n'est pas continu, qu'il présente en certains points un épaississement. Du côté du kyste, il n'y a pas trace d'un revêtement épithélial ; le tissu du fibrome limite la cavité. Ce tissu est altéré ; il se colore mal par les réactifs : il ne présente pas de prolifération. »

« Les vaisseaux montrent une paroi épaissie et scléreuse. »

« Dans l'utérus, les mêmes caractères se retrouvent. Les fentes lymphatiques sont dilatées, mais en aucun point on ne trouve de production kystique se rapprochant, même de loin, du volume du kyste. »

« En résumé, on peut dire que ce kyste s'est développé dans un utérus fibromateux, probablement sous l'influence de troubles de la circulation. »

Les fibro-kystes ne constituent pas une maladie spéciale. Ils sont le résultat de transformations de nature très diverse, nous allons le voir, dans la structure des fibro-myomes utérins.

Si l'on excepte les fibromes à géodes, pour ne parler que des cysto-fibromes, ceux-ci sont relativement fréquents. Ils s'observent, surtout, de 39 à 50 ans. Ils sont généralement sous-séreux ; rien n'est variable comme le nombre de leurs cavités, leurs dimensions, la quantité relative des éléments solides et liquides.

Généralement, ils sont multiloculaires, comme les kystes ovariques, ou uniloculaires, petits et aréolaires, ou extrêmement volumineux ; le nôtre renfermait 15 litres de sérosité ; un autre, 18 litres ; dans un autre cas, il y avait 10 litres de liquide et la tumeur solide seule pesait 7 k. 300 gr. Le fibro-kyste le plus volumineux a été observé et opéré par Stockard, de Colombie, en 1834 : il pesait 135 livres anglaises (50 kilogr. 355). Ce fait est très important, et il n'y a pas d'autre sorte de tumeurs abdominales qui atteignent un tel volume.

Parfois le fibrome tout entier se transforme en une seule et même cavité (1) comme dans le cas de Demarquay, ou en plusieurs (cas de M. Vincent). Plus souvent le kyste se développe dans une partie seulement du fibrome. Il n'est pas creusé dans son épaisseur comme les grandes géodes, mais semble surajouté et indépendant du fibrome (2). La portion solide est entièrement fibreuse et homogène ou bien creusée elle-même de géodes ou d'aréoles minuscules.

La paroi est très mince, surtout loin du fibrome. Sa rupture est possible et mortelle. Le revêtement séreux extérieur est plus ou moins altéré. Au-dessous, on trouve des éléments fibreux et musculaires rappelant la structure des myomes. La surface interne a un aspect très variable ; rarement lisse et régulière, elle est anfractueuse et déchiquetée avec des végétations saillantes dans l'intérieur. Dans ces cas, il n'y a pas de revêtement épithélial et le mot de Cruveilhier est justifié : « la tumeur est à nu dans le kyste ». C'est comme si, sous la poussée de la pression intérieure du liquide, il s'était fait une fissure dans le fibrome. Plus rarement, on voit un épithélium à cellules plates ou cylindriques, et, à quelque distance, des invaginations glandulaires (3).

Le contenu du kyste est séreux, fluide ou très peu filant, donnant les réactions de la mucine, ou bien hématique avec des caillots modifiant alors sa consistance au palper. Il peut être enfin purulent si le kyste est suppuré.

Pathogénie : La formation de ces kystes relève de processus qui diffèrent avec l'aspect de leur revêtement interne. Les théories pathogéniques sont nombreuses, mais du plus grand intérêt.

Virchow invoquait la déliquescence et le ramollissement œdémateux d'une partie du fibrome. Cette idée a vécu.

Nous ne ferons que rappeler les dégénérescences myxomateuse et sarcomateuse.

Trois théories sont plus généralement admises : et, *a*) pour les kystes sans revêtement interne, il est naturel d'accepter le mécanisme de la production des géodes de Cruveilhier. L'on rencontre, en effet, souvent tous les degrés depuis l'aréole et la géode jusqu'au kyste dans l'épaisseur d'un même fibrome.

b) Les kystes à revêtement épithélial plat ont une origine lymphatique. Leur coupe ressemble au lymphangiome (W. Müller). On a décrit d'ailleurs des fibromes lymphangiectasiques. Doléris a constaté l'ectasie des lymphatiques des corps fibreux sous l'influence de la grossesse. Billroth et Kœberlé expliquent la formation de ces kystes par la dilatation des lymphatiques et des sinus à l'extrémité d'un ou de plusieurs vaisseaux. On note, dans ces cas, un développement anormal des lymphatiques périphériques de la tumeur. Cette théorie cadre bien avec les rapports, aujourd'hui bien connus, des origines lymphatiques et du tissu connectif. L'œdème et le ramollissement de la tumeur par troubles circulatoires s'associent aux dilatations lymphatiques pour produire ces tumeurs kystiques.

c) Enfin les quelques cas de kystes à revêtement cylindri-

(1) Remarque. — Dans ces cas, il devient très difficile de savoir si c'est un fibrome dégénéré en totalité ou un kyste primitif pur. Le cas de Demarquay pourrait bien n'être qu'un fibrome ayant subi la dégénérescence kystique totale.

(2) Voir cas de Cruveilhier et notre observation personnelle.

(3) Voir Legueu et Marien. Soc. anatomique, 1896.



que ont une origine toute différente. Ce sont, ou bien des kystes par rétention dans les restes aberrants du corps de Wolf ou canaux de Gärtner, ou des transformations kystadénomateuses des glandes de l'utérus. Legueu a observé cette évolution des éléments glandulaires dans un fibro-kyste. Dans la pièce examinée, à côté de cavités kystiques, on trouvait des invaginations glandulaires intactes et non encore transformées.

Ainsi s'explique la formation des différentes variétés anatomiques des cysto-fibromes.

Les *signes fonctionnels* des cysto-fibromes n'ont rien de pathognomonique : malaises variés, règles diminuées, augmentation du volume du ventre, ménorragies fréquentes, à peu près comme dans les fibromes ordinaires. L'utérus est mobile avec la tumeur, mais les mouvements de la tumeur sont mal transmis au col. Augmentation de la cavité utérine à l'hystéromètre. Le signe le plus important est l'inégalité de consistance des différentes parties de la tumeur à la palpation.

La dilatation de l'abdomen, la circulation complémentaire des veines abdominales, le soulèvement de l'ombilic, le facies utérin sont communs à d'autres tumeurs abdominales. Cependant, le volume énorme du ventre serait en faveur d'un fibrokyste.

La marche est continue ou par soubresauts. On voit une tumeur datant de plusieurs années prendre rapidement, en quelques mois, un volume tel qu'il force à intervenir.

Ces kystes peuvent suppurer ou se rompre et entraînent alors des accidents très graves.

Nous l'avons vu, seule la différence de consistance de la tumeur peut faire penser à un fibro-kyste. Et ce signe disparaît si le kyste est trop petit ou à contenu fortement hématique. Le diagnostic se fera surtout par exclusion, après avoir éliminé les affections similaires de l'utérus et des organes voisins :

1° Pour l'utérus, la grossesse simple ou extra-utérine ; on attendra l'époque des signes de certitude. D'ailleurs, on peut voir coïncider la grossesse avec un cysto-fibrome.

2° Les tumeurs malignes de l'épiploon, de l'utérus, des ovaires, à masse généralement dure, bosselée, immobile, puis ramollie par des noyaux fluctuants. Dans ces cas, tenir compte du teint jaune paille, de la disparition plus rapide des forces, des douleurs plus intenses, de la cachexie cancéreuse en un mot. — A la palpation, on sent des saillies dures plus aiguës que dans les cysto-fibromes.

3° Les kystes hydatiques de l'utérus. Ils sont rares et ne s'accompagnent pas d'une tumeur solide.

4° Les kystes séreux de l'utérus que nous avons étudiés ici en premier lieu, en parallèle avec les kysto-fibromes.

Eh bien ! nous espérons avoir assez fait ressortir : 1° le petit nombre de cas observés, à une époque où le contrôle nécessaire du microscope faisait défaut ou à peu près ; 2° la possibilité de faire rentrer ces cas, soit au point de vue anatomique et pathogénique, soit au point de vue des symptômes, dans le groupe des fibromes à dégénérescence kystique totale.

Et nous concluons que les kystes séreux simples de l'utérus n'existent pas en tant que tumeur primitive et distincte.

L'opinion de Legueu (1) à ce sujet fortifie la nôtre :

« Il est impossible d'essayer une description des kystes de l'utérus. Tous les cas observés rentrent dans la catégorie des myomes transformés ».

Ainsi, tous les kystes utérins (excepté les petits kystes glandulaires du col, internes ou externes, d'origine muqueuse, et les kystes hydatiques) grands ou petits, avec ou sans épithélium de revêtement, résultent d'une transformation évolutive des fibro-myomes, par l'un des processus pathogéniques que nous avons analysés.

Considérés de cette façon, les kysto-fibromes n'ont-ils pas cependant une place à part dans la pathologie utérine ? Peut-être pas au point de vue théorique, mais sûrement au point de vue chirurgical : ils ont des signes spéciaux, un diagnostic opératoire qui leur appartiennent en propre.

Devant le développement rapide de ces tumeurs, l'expectation, souvent de mise pour les fibromes, serait une faute. Il faut toujours redouter la suppuration ou la rupture du kyste.

La laparotomie s'impose sans retard. L'opérateur sera souvent gêné des adhérences, très fréquentes dans ces cas-là. Néanmoins, il pourra toujours faire l'ablation.

La malade, enfin, sera à l'abri de la récidive ou de la dégénération fait très important qui sépare cette dégénérescence kystique de la dégénérescence maligne épithéliale ou sarcomateuse, trop souvent observée dans ces mêmes fibro-myomes utérins.

(1) Labadie et Legueu. Traité de gynécologie, page 837.

DE LA VALEUR DE LA COLPOTOMIE

Par M. Lucien Picqué.

La colpotomie semble, depuis quelques années, attirer plus spécialement l'attention des chirurgiens. Nous avons vu, dans ces derniers temps, ses indications discutées à nouveau à Genève ou à Moscou, et la récente communication de M. Monod à la Société de chirurgie vient encore de montrer l'intérêt qui s'attache actuellement à cette question.

Il faut voir, dans l'ardeur des controverses soutenues par la discussion des indications de la colpotomie, un désir bien évident de revanche en faveur de la chirurgie outrancière, à laquelle le rapport de Bouilly, à Genève, a porté un coup, à mon sens, bien mérité.

Un véritable abus de l'hystérectomie avait été fait dans ces dernières années. Il semblait que toute suppuration pelvienne, quels qu'en soient l'origine, le siège et l'évolution clinique, devenait justiciable de l'hystérectomie.

Bouilly eut, pour moi, le grand mérite de réagir contre cet abus et fit faire un pas décisif à la chirurgie conservatrice en montrant qu'à côté des cas qui relevaient d'emblée de l'hystérectomie vaginale, il y en avait d'autres qui pouvaient guérir par la colpotomie simple.

Il faut tout d'abord reconnaître que, dans cette question de méthode opératoire, il faut faire une grande place aux tendances individuelles des chirurgiens.

Parmi eux, il en est qui, par tempérament ou tendance d'esprit, sont portés vers les opérations radicales. Pozzi, dans une leçon publiée récemment dans la *Semaine gynécologique*, accuse nettement cette tendance quand il affirme que l'abcès ne peut guérir définitivement que lorsque sa cause première a disparu, c'est-à-dire la trompe, et il compare volontiers l'abcès pelvien à l'abcès dentaire qui ne doit guérir qu'après l'avulsion de la dent. Cette opinion est défendable au point de vue philosophique, mais elle ne peut tenir devant les faits. D'ailleurs ces derniers faits ne sont pas comparables, car la lésion tubaire est parfois susceptible de guérison et les altérations de la trompe peuvent être réduites au minimum. Je ne crains pas de dire que cette chirurgie, satisfaisante peut-être pour certains, conduit aux pires abus de la chirurgie et contre lesquels on ne saurait trop réagir. On pourrait en citer des exemples, et en particulier dans la chirurgie du rein.

A côté de ces chirurgiens, il en est d'autres qui sont également poussés par tempérament à ne faire que le strict nécessaire, à remplir l'indication qui se présente et à ne jamais céder à une idée théorique pour, de là, se laisser amener à des opérations radicales et parfois inutiles.

C'est assurément une chirurgie moins brillante, qui entraîne pour ceux qui la pratiquent des jugements parfois sévères de la part des chirurgiens outranciers. Mais c'est, à mon sens, la vraie chirurgie du malade, qui ne demande la guérison que par le procédé le plus simple, le plus bénin et le moins mutilant.

Or il faut cependant qu'il soit suffisant.

L'est-il dans le cas particulier ?

C'est ce que je me propose de démontrer par l'étude des cas que j'ai eu l'occasion d'observer dans mon service de l'hôpital Dubois, où les cas de suppuration pelvienne sont si fréquents, ce qui se comprend aisément si l'on songe à la clientèle spéciale qui vient solliciter nos soins.

Il est tout d'abord important d'insister, dès le début, sur le fait que la colpotomie ne saurait remplacer dans tous les cas l'hystérectomie vaginale, mais qu'il est juste, qu'il est ration-



nel, de lui faire, à côté de cette dernière, une place à part dans la thérapeutique chirurgicale des suppurations pelviennes.

En opposant à tort ces deux procédés, les partisans de l'hystérectomie ne sauraient nous convaincre.

Les faits qu'ils nous signalent et dans lesquels la colpotomie est restée insuffisante, ou même a entraîné la mort des malades, ne sauraient prouver qu'une chose, c'est que la colpotomie, comme beaucoup d'autres méthodes, ne saurait être souveraine, et qu'il convient de rechercher avec soin ses indications et contre-indications.

Je crois qu'il serait tout aussi vain de montrer la supériorité de la colpotomie en publiant des cas de mort par hystérectomie. Il convient, à mon sens, de procéder différemment.

La colpotomie ne pouvant être une méthode exclusive de traitement, peut-elle toutefois, dans certains cas déterminés, suffire à la guérison ?

Toutes les théories doivent tomber devant les faits : ce sont eux seuls, s'ils sont d'ailleurs probants, qui doivent entraîner la conviction.

Voilà donc le premier point à établir.

Si l'on y parvient, on est alors autorisé à invoquer les chances possibles de mort par l'hystérectomie et surtout à vanter les avantages d'une chirurgie bien réellement conservatrice tout en restant active.

Un deuxième point me paraît également important à établir.

Si les partisans de l'hystérectomie veulent bien concéder que parfois la colpotomie constitue une bonne opération d'attente, ils ne sont pas loin de penser, au moins quelques-uns d'entre eux, que l'hystérectomie secondaire se fera dans des conditions moins favorables à cause des adhérences qui tendent à fixer l'utérus.

Là encore, mes observations personnelles tendent à établir que, contrairement aux prévisions théoriques, l'hystérectomie secondaire se fait très facilement, et que même elle est de beaucoup préférable à l'hystérectomie primitive, puisque la colpotomie, comme on le verra dans un de mes cas, a permis à une malade de s'améliorer complètement au point de vue général, et de subir l'hystérectomie dans d'excellentes conditions.

Les observations qui suivent sont destinées à confirmer les propositions précédentes. Je les ai relevées dans mes registres d'opérations de l'hôpital Dubois.

Beaucoup d'opérations analogues, que j'ai eu l'occasion de pratiquer, ont été mises de côté, soit que les malades aient été perdues de vue, soit que les opérations soient trop récentes pour qu'on soit en droit de considérer les malades comme guéries.

Aussi le nombre des observations est-il tout à fait restreint, mais il suffirait, à mon sens, d'une seule observation de guérison pour justifier l'utilité de la colpotomie.

MALADES GUÉRIES A LA SUITE DE LA COLPOTOMIE.

I. — Mme L... (Florine), 32 ans, entre le 21 août dans le service de M. Picqué à l'hôpital Dubois, pour un abcès pelvien à marche très rapide. Le mari avoue avoir contracté une blennorragie, ce qui rend évidente l'origine de la lésion.

Ouverture spontanée dans le rectum. L'examen démontre l'existence, dans le cul-de-sac postérieur et un peu à droite, d'une masse assez volumineuse accolée à l'utérus, douloureuse à la pression et déprimant notablement le cul-de-sac.

Colpotomie postérieure. Issue d'une quantité assez abondante de pus.

Amélioration très manifeste.

Au bout de trois semaines, les douleurs ont cessé, la malade se considère comme guérie et demande à quitter l'hôpital. Un nouvel examen démontre l'existence d'une induration, légèrement douloureuse à la pression.

M. Picqué se propose donc de pratiquer l'hystérectomie : au début de l'opération, il constate une disposition assez spéciale de la vessie au niveau du col, pense que l'opération va être laborieuse et se décide encore à tenter une colpotomie en la faisant beaucoup plus large que la précédente.

Le résultat est excellent, la tuméfaction disparaît, l'utérus redevient mobile.

La malade est venue six mois après.

Le résultat est maintenu.

II. — Mme de B..., 27 ans, d'une excellente santé habituelle, une grossesse à terme il y a 10 ans, n'a jamais éprouvé aucune irrégularité menstruelle.

Il y a deux mois, a ressenti subitement une douleur vive dans la fosse iliaque droite attribuée à tort, par son médecin habituel, à une crise d'appendicite.

A ce moment aucun examen utérin ne fut pratiqué et les accidents cessèrent après deux ou trois jours de repos et sans laisser de trace.

Au bout de deux mois, juin 1897, cette dame fut reprise à nouveau des mêmes accidents. L'examen démontra l'existence d'une tumeur douloureuse fluctuante et faisant saillie dans le cul-de-sac postérieur. Au même moment la malade présente tous les signes généraux d'une infection grave. Température élevée, anorexie complète. Insomnie.

Des circonstances particulières m'ayant empêché d'opérer cette malade, je la confiai à un de mes collègues des hôpitaux qui voulut bien, sur mes conseils, pratiquer une colpotomie simple qui donna accès à une quantité très notable de pus. Les lavages furent faits d'une façon très minutieuse par mon élève, le Dr Macé. Cette dame guérit très rapidement. J'ai eu l'occasion de la revoir récemment. L'utérus présente une mobilité complète; on ne sent aucune tuméfaction du côté des annexes et à part quelques douleurs ressenties par la malade au moment des époques, on peut affirmer qu'elle n'a éprouvé depuis l'opération aucun trouble fonctionnel.

III. Mme F... (Josépha), 30 ans, entre le 22 février dans le service de M. Picqué, à l'hôpital Dubois.

Rien à noter dans ses antécédents héréditaires ou personnels. Pas de grossesse, ni de fausses couches. Ses règles ont toujours été régulières. Il y a quinze jours, au moment de ses époques, la malade a éprouvé un refroidissement. Depuis ce moment elle se plaint de douleurs dans le côté gauche et de phénomènes fébriles. Il n'existe aucun autre symptôme. Le médecin appelé fait le diagnostic d'hématocèle rétro-utérine et l'envoie à l'hôpital.

A l'examen pratiqué sous chloroforme, on arrive sur une saillie fluctuante qui occupe le cul-de-sac postérieur. Le col est refoulé derrière la symphyse et un peu à droite ; il ne présente aucune modification appréciable de volume et de consistance.

La palpation bimanuelle fait reconnaître, au niveau du cul-de-sac latéral gauche et remontant très au-dessus, une tumeur qui se continue avec celle constatée dans le cul-de-sac postérieur.

La pression abdominale exercée à gauche se transmet dans le cul-de-sac, il est impossible de trouver le fond de l'utérus dans sa position normale.

Dans l'abdomen, existe une tumeur, plus grosse que la postérieure, à droite, remontant à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic, de consistance très dure, mobile transversalement. Les mouvements qu'on lui imprime ne semblent pas se communiquer au col utérin.

Par contre, quand on essaye de remonter la tumeur et de la déplacer de la fosse iliaque à laquelle elle n'adhère pas, ces mouvements entraînent très nettement le col utérin.

M. Picqué admet donc l'existence, à droite, d'un fibrome utérin avec suppuration pelvienne.

Le 24 février, une incision est faite sur la paroi postérieure du vagin, qui fournit une quantité considérable de pus.

Le 29 mai, la tumeur droite a paru augmenter de volume et est devenue douloureuse à la pression.

M. Picqué se demande si, contrairement à l'opinion qu'il a d'abord formulée, il ne s'agirait pas d'une nouvelle collection tubaire à parois épaisses ou s'il n'existerait pas, près du fibrome, un pyosalpinx droit inaccessible par la voie vaginale.

L'hystéromètre donne cinq centim. et demi.

Laparotomie exploratrice le 29 mai. M. Picqué constate l'existence du fibrome et l'absence de tout pyosalpinx droit.

M. Picqué renonce à l'ablation de ce fibrome en se basant sur l'absence de troubles fonctionnels.

La malade quitte l'hôpital complètement guérie le 8 mai. A été revue.

IV. — Mme M... (Mélanie), 50 ans, entre le 24 mai 1896 dans le service de M. Picqué à l'hôpital Dubois.

Cette dame est atteinte d'un corps fibreux utérin de date très ancienne, mais qui n'a jamais donné lieu à aucun accident sérieux.

Récemment a été prise de douleurs vives dans le petit bassin, avec fièvre. Au bout de peu de jours, évacuation abondante de pus par le rectum, suivie d'une amélioration presque complète de tous les troubles accusés par la malade.

A son entrée à l'hôpital, on constate que l'utérus est mobilisé : dans le cul-de-sac postérieur existe une induration très douloureuse à la pression, mais pas fluctuante.

Le cul-de-sac postérieur est incisé : il s'écoule une notable quantité de pus. Drainage. Lavage.

Au bout de 15 jours, la guérison est complète. L'utérus fibromateux a repris sa mobilité.



J'ai eu récemment des nouvelles de cette dame. La guérison s'est maintenue.

MALADES AYANT SUBI L'HYSTÉRECTOMIE SECONDAIRE.

V. — Mme Ch... (Marie), 31 ans, entre le 12 octobre dans le service de M. Picqué à l'hôpital Dubois.

Plusieurs grossesses.

Elle souffre depuis longtemps du bas-ventre ; à l'examen bimanuel l'utérus est immobilisé, les culs-de-sac présentent une consistance ligneuse. Ils sont douloureux à la pression. La malade est dans un état prononcé de cachexie. Il y a de la fièvre le soir.

La colpotomie exploratrice reste négative au point de vue d'une collection purulente.

Le 25 octobre, M. Picqué pratique l'hystérectomie vaginale, qui présente les plus grandes difficultés.

Le décollement de la vessie se fait difficilement. Dans le décollement postérieur on arrive sur une poche située au voisinage de la corne utérine. Il s'écoule une notable quantité de pus. Le fond de l'utérus, impossible à abaisser, est laissé en place.

Bien que le but de l'opération n'ait pas été atteint, M. Picqué s'applique, par cette voie élargie, à amener un drainage suffisant pour l'écoulement des liquides. A sa sortie, la malade put être considérée comme guérie. Mais elle n'a plus donné de ses nouvelles et nous ne pouvons dire si la guérison s'est maintenue.

Il eût été certainement préférable, dans ce cas, de recourir d'emblée à la voie abdominale.

VI. — La nommée B... (Élisa), 29 ans, entre le 9 mai 1896 dans le service de M. Picqué, à l'hôpital Dubois.

Accouchée il y a 6 semaines : au dire de l'accoucheur, il existait un fibrome occupant l'excavation et qui a nécessité une application du forceps au détroit supérieur.

Au 11e jour des phénomènes d'infection se manifestent ; pendant 3 jours la température se maintient à 39°5.

Les accidents s'amendent, puis reparaissent, et la malade est alors soignée pour une grippe à forme typhoïde.

C'est dans ces conditions qu'elle est amenée dans mon service.

L'examen démontre l'existence d'une collection fluctuante, occupant tout le petit bassin et faisant saillie dans le cul-de-sac postérieur. Réformant le diagnostic, porté au moment de l'accouchement, je pense qu'il s'agissait, non d'un fibrome, mais d'un kyste ovarique, probablement dermoïde, qui s'était infecté au moment de la période puerpérale. J'admets donc l'existence d'un kyste ovarique suppuré et je fis une colpotomie d'attente, ne pouvant songer à une intervention radicale dans l'état extrêmement grave où se trouvait la malade. L'incision donna raison à mon diagnostic, il s'écoula en effet une quantité abondante de pus mêlé à des grumaux jaunâtres. L'état général s'améliora de suite, mais il persista une fistule dont l'existence démontrait la nécessité d'une intervention radicale qui fut pratiquée à la Charité par mon collègue M. Ricard. La malade guérit.

VII.— La nommée B... (Madeleine), 30 ans, entre le 19 mars dans le service de M. Picqué à l'hôpital Dubois.

Cette malade présente les signes d'une salpingite suppurée gauche faisant saillie dans le cul-de-sac postérieur.

La malade a de la fièvre et se plaint de douleurs vives. Une colpotomie donne issue à une quantité notable de pus. Drainage et lavage.

L'amélioration se produit rapidement mais il persiste à gauche une tuméfaction notable et la malade se plaint encore de souffrir.

Le 14 avril, M. Picqué pratique dès lors une laparotomie qui amène sur un kyste de l'ovaire gauche présentant le volume d'une tête de fœtus et contenant un liquide citrin.

A droite, on trouve les annexes prolabées dans le cul-de-sac postérieur, adhérant à l'utérus et surtout au rectum. Elles sont laissées en place. Pendant plusieurs mois, la malade s'est trouvée dans un état très satisfaisant. Elle a été depuis perdue de vue, et je ne signale ce cas que pour montrer la possibilité, bien connue, de deux lésions coexistantes et qui nécessitent une intervention secondaire.

VIII. — Mme de S... (Berthe), 34 ans, entre le 25 avril à l'hôpital Dubois dans le service de M. Picqué. Il y a 5 mois, la malade fut prise subitement pendant la nuit, de douleurs très vives dans la fosse iliaque, simulant une crise d'appendicite, diagnostic qui fut d'ailleurs porté par le médecin appelé à l'examiner. Les jours suivants, la malade continue à souffrir ; mais au 6e jour après le début des accidents, la malade rend par le rectum une quantité considérable de pus. A la suite de cette ouverture, elle rendait tous les matins une quantité notable de pus après les lavements qu'elle prenait quotidiennement. Cet état a duré jusqu'à ces derniers jours, c'est-à-dire depuis cinq mois. Récemment, le médecin a reconnu une nouvelle poche faisant saillie dans le cul-de-sac postérieur. C'est dans ces conditions qu'il nous envoie cette malade à l'hôpital.

Examen clinique. — On constate l'existence d'une tumeur volumineuse surmontant le pubis de 4 travers de doigt et douloureuse à la pression.

Dans le cul-de-sac postérieur, il existe une tuméfaction transversale et douloureuse à la pression.

On ne peut isoler l'utérus de cette masse, et on ne trouve aucun sillon de séparation.

Opération (26 *avril*). — La malade placée dans la position opératoire et le col fixé, on voit sourdre du pus par le col utérin. Débridement bilatéral du col : on ne trouve pas l'orifice de cette fistule qui doit se trouver placée sur la face postérieure du col.

Renonçant à cette voie qui paraît ne pas devoir donner un jour suffisant, M. Picqué fait la colpotomie par le procédé ordinaire. Il ne fait sortir, par cette voie qu'une très petite quantité de pus. La poche doit être haut placée et M. Picqué ne croit pas devoir chercher plus profondément, craignant d'ouvrir la cavité péritonéale.

Il pense qu'une hystérectomie vaginale sera nécessaire.

Les suites opératoires sont très simples. L'amélioration est si considérable que la malade se croit complètement guérie et repousse toute nouvelle opération. Néanmoins il persiste toujours une tuméfaction notable. M. Piqué prévint sa famille de la possibilité d'une nouvelle intervention. Il est probable qu'elle reviendra au bout d'un temps plus ou moins long. La colpotomie, malgré l'amélioration, a été dans ce cas évidemment insuffisante.

IX. — J'ai opéré ce matin même, dans mon service de l'hôpital Dubois, une dame de Smyrne, ayant déjà subi trois colpotomies sans succès.

Dans le cul-de-sac postérieur et un peu à gauche, on trouve l'orifice fistuleux qui conduit dans la poche ; mais, à droite, il existe une tumeur assez volumineuse à la pression.

J'ai pratiqué d'emblée une laparotomie qui m'a permis de constater l'existence d'une salpingo-ovarite suppurée, tout à fait indépendante de la poche précédemment incisée.

X. — Mme V... (Berthe), 43 ans, arrive à l'hôpital Dubois dans le service de M. Picqué, le 13 février 1897. Elle est dans un état d'émaciation extrême. Anorexie absolue. Vomissements continuels. Il y a cinq ans, a subi une laparotomie ; pas de détails. En mai 1896, un abcès pelvien s'ouvre spontanément par le vagin. Cette ouverture s'ouvre et se ferme alternativement. L'utérus est immobilisé.

En raison de son état général, M. Picqué se contente d'agrandir l'orifice de la fistule vaginale et de recourir à l'anesthésie, tant est précaire l'état de la malade.

Il s'écoule une grande quantité de pus.

Drainage. Lavages biquotidiens.

La malade quitte assez rapidement l'hôpital, mais sans être guérie.

Elle rentre le 26 août dans le service. Elle raconte qu'après une période d'amélioration très manifeste elle recommence depuis huit jours à souffrir. Elle est transformée au point de vue général et tout à fait méconnaissable. L'utérus est très mobile : mais on reconnaît du côté gauche l'existence d'une annexite douloureuse. M. Picqué pratique alors l'hystérectomie qui se fait dans les meilleures conditions et avec une grande rapidité. La guérison est rapide.

La malade a été revue en mai 1898.

La guérison s'est maintenue et l'état général et local de la malade est aussi satisfaisant que possible.

Il résulte des quelques faits qui précèdent : 1° que la colpotomie peut amener, dans certains cas, une guérison définitive ; 2° que l'hystérectomie secondaire, dans les cas d'échec, peut donner d'excellents résultats, souvent même supérieurs à ceux de l'hystérectomie primitive. Il convient donc, non pas comme on l'a fait trop souvent, de l'opposer à l'hystérectomie et de mettre en relief les cas où elle est suivie d'un échec, mais de rechercher avec soin les indications de la colpotomie et de montrer les cas où elle conduit à la guérison définitive.

Dans quels cas convient-il donc de la pratiquer ? Assurément pas dans tous. J'ai trouvé, dans mes registres d'opérations, un certain nombre de cas où j'ai pratiqué d'emblée, comme tous mes collègues, l'hystérectomie vaginale. J'ai trouvé également des cas, à diagnostic douteux, et dans lesquels j'avais pratiqué une colpotomie explorative. Je crois, en effet, d'après mon expérience, que cette dernière est souvent utile, et que l'on peut y avoir recours sans le moindre inconvénient. D'autre part, me basant exclusivement sur les résultats favorables que j'ai obtenus, je crois que, au point de vue de l'évolution clinique, c'est dans les cas de suppuration aiguë et à marche rapide que la colpotomie est susceptible de donner des guérisons définitives.

C'est un point sur lequel Bouilly avait justement insisté à Genève.



Ces suppurations peuvent se produire d'ailleurs à tout âge, ainsi que l'on peut le constater dans mes observations.

Les caractères anatomo-pathologiques de ces collections ont également une importance notable au point de vue de leur curabilité par la colpotomie, et nous devons sous ce rapport envisager leur siège et leur nombre.

Quant au siège, tous les auteurs sont unanimes à penser que la colpotomie convient aux collections bas situées et faisant saillie dans le cul-de-sac postérieur ; seulement, à l'encontre de ceux qui estiment que la colpotomie ne saurait être qu'une opération d'attente, je pense qu'elle peut suffire à amener une guérison définitive comme dans les cas que j'ai signalés.

Dans ces conditions, il s'agit le plus souvent de collections péritubaires, accompagnant des lésions peu prononcées de la trompe.

Il faut bien qu'il en soit ainsi lorsque la guérison survient par la simple colpotomie.

Mais il n'en est pas toujours de même et l'on a parfois un pyosalpinx concomitant.

Tels sont les cas signalés récemment par Monod à la Société de chirurgie ; on conçoit que, dans ces circonstances, il est nécessaire d'ouvrir la trompe dans un deuxième temps ou bien de pratiquer la laparotomie comme j'ai eu l'occasion de le faire il y a quelques années chez une Américaine qui m'arriva de Buenos-Ayres avec un abcès pelvien compliqué de pyosalpinx et chez laquelle on avait inutilement pratiqué la colpotomie. Ayant reconnu l'existence d'une grosse tumeur annexielle, je pratiquai la laparotomie qui amena une guérison définitive.

J'ai parlé plus haut des cas où la collection est bas située : quand, en l'absence d'une collection de cette nature, on reconnaît l'existence d'un pyosalpinx unique et haut situé, il est clair que la colpotomie est insuffisante, à moins que le pyosalpinx ne soit mobile et abaissable par l'incision du cul-de-sac, comme je l'ai indiqué, après Byford, dans la thèse de mon élève Bonnecaze.

Au point de vue du nombre des poches, nous pouvons dire que la colpotomie ne saurait convenir qu'aux cas de poche unique : tout au plus, dans quelques cas spéciaux que je viens d'indiquer, peut-on encore l'utiliser (pyosalpinx concomitant) en suivant la pratique de Monod où celle que j'ai conseillée dans la thèse de Bonnecaze quand la collection est mobile et abaissable ; mais, dans l'immense majorité des cas, quand on a constaté l'existence de poches multiples, c'est à l'hystérectomie d'emblée qu'il faut recourir, à moins que les difficultés du diagnostic ou le mauvais état général des malades ne vous engagent à pratiquer une colpotomie d'attente.

Chez ma malade de Smyrne, l'échec de la colpotomie m'avait conduit facilement au diagnostic de poches multiples et c'est pourquoi j'eus recours d'emblée à une laparotomie.

Comment se produit la guérison définitive après la colpotomie simple ?

Je crois qu'il faut se garder de raisonnements philosophiques et s'en tenir surtout aux faits.

C'est surtout pour avoir voulu discuter ce mécanisme qu'on est arrivé à rejeter la colpotomie.

On a voulu, pour discuter la possibilité de la guérison dans la colpotomie, invoquer la lésion de la trompe. Or, à côté des cas où cette lésion est réelle et nécessite l'ablation des annexes, il en est d'autres où elle est réduite au minimum et susceptible de guérir spontanément. Il faut bien admettre cette possibilité en présence des cas authentiques de guérison.

Les partisans décidés de l'hystérectomie, qui combattent aujourd'hui avec le plus d'ardeur la colpotomie, ne sont pas si rigoureux pour expliquer les cas où l'hystérectomie produit la guérison malgré la persistance, dans certains cas, des annexes ou des parois d'abcès pelviens.

La mauvaise technique de la colpotomie a été pour beaucoup dans ses mauvais résultats.

Un point sur lequel on ne saurait trop insister est la nécessité de pratiquer une incision aussi large que possible.

Un cas intéressant est celui d'une malade chez laquelle une première colpotomie avait été insuffisante et qui guérit très rapidement à la suite d'une deuxième colpotomie faite très largement.

Un deuxième point à noter est la nécessité d'un drainage suffisant et effectif. L'usage des drains en croix me paraît indispensable. Il convient également de pratiquer des lavages réitérés avec des solutions antiseptiques ou désinfectantes. Nous avons recours, à l'hôpital Dubois, à la solution de permanganate de potasse au 4/1000 qui nous donne d'excellents résultats. Ces lavages doivent être faits deux fois par jour et poursuivis aussi longtemps que dure l'écoulement de liquide. Une antisepsie rigoureuse de la vulve et du vagin est nécessaire pour éviter les infections surajoutées ou secondaires. (*La Gynécologie*, n° 3, 15 juin 1898.)

REVUE ALLEMANDE

Freymuth et Petruschky. — UN CAS DE VULVITE GANGRÉNEUSE TRAITÉE AVEC SUCCÈS PAR LES INJECTIONS DE SÉRUM. (*Deutsche medecin. Wochenschrift*, 1898, n° 15, page 132.)

Fillette de trois ans, entrée à l'hôpital, le 2 février dernier, pour une rougeole, qui suit son cours normal, jusqu'au 4 février, où l'on remarque à la vulve, une rougeur et un épaississement. Le 5, les deux grandes lèvres, le clitoris, les commissures antérieure et postérieure, le périnée jusqu'à l'anus, ont une teinte noirâtre et un aspect nécrosé. Au pourtour de l'anus et aux cuisses, on remarque quatre petites ulcérations superficielles, mesurant un demi-centimètre de diamètre.

Pas d'engorgement du côté des ganglions ; rien à noter de particulier, ni du côté de l'appareil respiratoire, ni du côté du cœur.

On examine au microscope le raclage d'une partie de la surface nécrosée, on y trouve quelques Microbes en forme de bâtonnets incurvés, se rapprochant beaucoup des Bacilles de la diphtérie.

On pense à une infection mixte de rougeole et de diphtérie et on fait à l'enfant une injection de sérum de Behring d'environ 10 c. cubes.

En outre, lotions avec une solution de permanganate de potasse au 1/100 sur la région gangrénée.

Le lendemain, deuxième injection de sérum ; la gangrène s'était arrêtée.

Le 8 février, les grandes lèvres n'étaient plus tuméfiées et une ligne de démarcation très nette s'était faite entre le foyer de nécrose et les parties environnantes ; le 9 février, élimination du foyer de nécrose ; dans les lambeaux de nécrose, on constate la présence du Bacille de Lœffler.

Nouvelles injections de sérum le 13 et le 14.

Le 16, dernière injection de sérum de Behring.

Le 17, l'ulcération vulvaire s'était complètement détergée. A partir de ce jour, la convalescence suivit son cours normal et la petite malade put sortir bientôt de l'hôpital.

REVUE CANADIENNE

J. Chéron. — DE LA DESTRUCTION DU GONOCOQUE DANS LE TRAITEMENT DE L'URÉTHRITE CHEZ LA FEMME PAR L'INJECTION, DANS LA VESSIE, D'UNE SOLUTION AQUEUSE SATURÉE D'ACIDE PICRIQUE. (*La Clinique* (Montréal). T. IV, n° 10, 1898).

Lorsque, il y a bientôt vingt-sept ans, je fus appelé à diriger un des services médicaux de la deuxième section de Saint-Lazare, l'uréthrite était une des principales causes de l'encombrement des salles.

On traitait, dans ce service, les Femmes atteintes d'uréthrite comme on traitait la même affection chez l'Homme. Au début, dans la période aiguë, ou dans la période subaiguë des récidives ; tisane émolliente et diurétique jusqu'à la disparition de la douleur et la modification de l'écoulement purulent ; puis, administration du copahu et du cubèbe à l'intérieur et attouchements du canal avec des solutions astringentes et cathérétiques.

Malgré ce traitement complexe, malgré l'introduction directe d'un crayon de nitrate d'argent dans le canal de l'urèthre, dans les cas les plus rebelles, on voyait les cas d'uréthrite s'éterniser dans les salles.

A cette époque, nous avons vu des malades atteintes de cette affection, faire exceptionnellement, il est vrai, jusqu'à 100, 130 voire même 205 jours d'hôpital.

La moyenne du séjour n'était pas moins de 66 journées.

C'est que la guérison, à ce moment-là, ne pouvait être nettement indiquée que par la disparition absolue de toute sécrétion uréthrale et nous n'avions à notre disposition aucune substance capable de la tarir avec rapidité.



Pendant l'année 1870, j'avais appliqué avec le meilleur succès, au traitement des plaies de guerre, la solution d'acide picrique *à un pour cent*. J'avais fait des pansements qui m'avaient permis de faire voyager mes blessés, et de constater, à la fois, la double action anesthésique et cicatrisante de ce corps.

Etant donnée la difficulté que j'éprouvais à guérir promptement l'uréthrite chez les Femmes de mon service, j'en vins, après avoir essayé un grand nombre de solutions les plus variées, et tous les autres moyens connus, toujours sans résultat, à employer l'acide picrique dans l'uréthrite, soit en lavage, soit à l'aide du long bourponnet d'ouate imbibé de la solution et laissé en place pendant quelques instants.

Les résultats furent tantôt satisfaisants, tantôt aussi mauvais qu'avec les solutions diverses.

Je cherchai la cause de ces alternatives de succès et d'insuccès, dans l'état anatomique de l'urèthre féminin dont les glandes inclinées de dehors en dedans, ont l'orifice tourné vers le sphincter de la vessie, ce qui me permit de reconnaître que tout lavage du canal, pour produire un effet utile, devait être dirigé de dedans en dehors, de la vessie vers l'extérieur.

Pour effectuer ce lavage dans le sens nécessaire (c'était en 1871), je tentai d'introduire dans la vessie la solution saturée d'acide picrique après avoir recommandé aux malades de rester deux heures, sans uriner, avant de venir à l'injection.

Et le lavage se trouva fait, dans le sens désiré ; l'acte naturel déversant de dehors en dedans, le mélange d'urine et de solution picrique effectué dans la vessie.

La transformation de l'acide en picrate de soude et en picrate de potasse, au contact de l'urine, sels dont l'action est identique à celle de l'acide picrique ne pouvait modifier les résultats.

Depuis 1871, c'est-à-dire depuis 27 ans, les uréthrites, les vaginites et les endométrites blennorragiques sont traitées de la sorte, comme je l'ai signalé plusieurs fois.

Ici se place un fait intéressant.

Pendant une absence que je fis, il y a quelques années, l'interne de service, aujourd'hui le Dr Bouteil, supposant qu'une substance aussi préconisée que le permanganate de potasse donnerait, probablement, des résultats supérieurs à ceux obtenus avec l'acide picrique supprima ce dernier traitement et le remplaça par l'injection intravésicale de permanganate de potasse à 1/4000.

Mais il fallut bientôt en rabattre, le permanganate, même à dose plus élevée, ne put tenir la comparaison et l'acide picrique fut repris avec le même succès qu'auparavant.

Il en fut de même de la liqueur de Van Swiéten, qui dédoublée, à plusieurs titres, ne donna point de résultats satisfaisants.

Mais à ces succès, il fallait une consécration scientifique.

Tous les vénéréologistes sont d'accord, aujourd'hui, pour accepter le Gonocoque comme cause certaine de la blennorragie et les micro-biologistes ont, en même temps, démontré le rôle néfaste produit par ce Microbe dans les affections des organes génitaux de la femme.

Il était donc naturel, après avoir reconnu l'action curative de l'acide picrique dans la blennorragie, de rechercher l'action de ce dernier sur le Gonocoque.

M. G. Roger, pharmacien de Saint Lazare, chef du laboratoire des recherches du Dr Péan, très versé dans l'étude de la bactériologie, voulut bien me prêter son concours et l'étude micrographique nous démontra, aussitôt, l'action destructive de l'acide picrique sur le Gonocoque.

Exceptionnellement, dans un cas seulement, la disparition de l'uréthrite a demandé 34 jours ; en général le Gonocoque a disparu, après trois injections, c'est-à-dire au septième jour.

Au premier examen microscopique, on trouve de nombreuses cellules épithéliales, des leucocytes en quantité, des Diplocoques et des Gonocoques en colonies habituellement très nombreuses ; ils sont intra ou extra-cellulaires.

Après trois injections, souvent après deux, les colonies diminuent les Gonocoques qui les forment deviennent moins nombreux.

Après la quatrième injection, il est rare qu'on retrouve des colonies, le Gonocoque reste accouplé, mais libre. Après un très petit nombre d'injection il disparaît sans retour : un grand nombre d'examens ultérieurs l'ont démontré.

Le traitement de l'uréthrite par l'acide picrique, sans examen bactériologique, laisse quelquefois croire à la non guérison, alors que cette dernière est nettement effectuée. C'est qu'après la destruction des Gonocoques, un écoulement séreux souvent persiste, et dans le doute, le médecin retient comme malade un sujet guéri depuis quelque temps. C'est ce qui explique la différence des statistiques dans ces deux circonstances : guérison après examen clinique ; guérison après examen bactériologique.

Chez l'Homme le titre de la solution à employer est bien différent et la technique est tout autre que chez la femme.

Chez celle-ci, la technique opératoire est des plus simples.

Une seringue de Braun destinée à l'utérus, d'une contenance de quatre centimètres cubes et munie d'une longue canule d'argent ayant la forme d'une sonde vésicale de Femme, est remplie d'une solution d'acide picrique à saturation. La canule introduite dans la vessie, l'injection est poussée avec lenteur et la canule laissée en place, la seringue est remplie de nouveau s'il y a lieu.

C'est avec une injection de quatre centimètres cubes de solution aqueuse saturée d'acide picrique employée deux ou trois fois par semaine, que, pendant 26 ans, l'uréthrite a été traitée avec succès dans mon service de Saint-Lazare.

Aujourd'hui, d'après mes recherches avec M. G. Roger, je considère l'action destructive de l'acide picrique, sur le Gonocoque, comme démontrée, substance qui, employée comme je viens de l'indiquer, est sans aucune action nocive sur les organes en jeu.

Le fait m'a paru d'une application pratique suffisante pour qu'il me semblât utile et intéressant de le faire connaître.

REVUE FRANÇAISE

Damas. — TUMEUR KYSTIQUE SANGUINE DE LA PAROI ABDOMINALE. (*La Gynécologie*, 15 juin 1898.)

Nous avons eu l'occasion d'observer et de traiter une Femme dont l'histoire clinique serait des plus intéressantes, s'il avait été possible d'obtenir d'elle des renseignements précis et si le plan opératoire conçu avait pu être accompli dans son entier. La loquacité névropathique du sujet, ses paroles contradictoires ne permettent pas de reconstituer une histoire clinique assez complexe par elle-même. L'état de dénûment complet où se trouvait la malade, le milieu déplorable où nous dûmes, une première fois, l'opérer, l'absence de garde, par une inconcevable mauvaise volonté de la charité officielle, nous ont obligé de laisser cette malade guérie en partie, mais atteinte encore d'une pénible infirmité. Quoi qu'il en soit, telle qu'elle est, l'observation nous paraît intéressante ; nos recherches, quoique bornées, nous permettant de la considérer comme très rare, sinon à peu près unique.

OBSERVATION

Femme de 46, ans ayant eu des accouchements difficiles. Il y a 11 ans, accouchement très pénible où la tête fut laissée au passage plus de deux jours ; extraction au forceps. A la suite de cet accouchement, déchirure étendue du périnée n'ayant pas intéressé le rectum. Depuis cette époque, les urines passent par le vagin. La Femme n'est plus réglée depuis quelques années.

L'examen des organes génitaux révèle la déchirure sus-mentionnée ; le vagin est obturé par un bouchon fibreux, n'ayant qu'un orifice de 3 millimètres à peine, par où filtre l'urine. Ce plan fibreux se continue de plain-pied avec la déchirure périnéale. Ce qui a décidé la malade à consulter et nous l'a fait adresser, c'est la présence depuis un an, dit-elle, d'une tumeur abdominale ayant progressivement augmenté. La malade se livre alors à des récits bizarres entrecoupés de tremblements névropathiques, qui font négliger complètement l'étude impossible des anamnestiques.

A un premier *examen*, un peu rapide, en raison de l'émotivité du sujet, nous constatons, au-dessous de l'ombilic, une tumeur dure, irréductible, à peu près lisse, du volume d'une orange, siégeant à droite de la ligne médiane, avec un petit prolongement à gauche, mobile sur les plans profonds, adhérente à la peau en un point pigmenté en brun, dont l'étendue ne dépasse pas un à deux centimètres. La tumeur est vaguement fluctuante. En la soulevant, on a la sensation d'un pédicule plongeant sur la ligne médiane, un peu au-dessus de la symphyse. Le toucher est impossible, nous l'avons dit. La malade accuse des douleurs assez violentes revenant sous forme de coliques, et plus intenses au moment où devraient se produire les règles. Cette affirmation ne doit être acceptée qu'avec une grande réserve, l'état mental du sujet ne lui permettant pas des remarques même de cette simplicité. Nous éliminons le diagnostic de fibrome de la paroi, et nous nous rangeons alors au diagnostic de lipome herniaire, appuyé sur les changements de volume de la tumeur, la présence d'un pédicule, les coliques accusées par la malade, malgré l'irréductibilité actuelle de la tumeur, et la rareté de cette affection dans la région sous-ombilicale. Nous faisons toutefois de sérieuses réserves. L'opération, proposée et acceptée, est remise, pour des raisons d'ordre extra médical. Disons qu'il n'y a eu aucun traumatisme de l'abdomen.

Trois semaines après cet examen, nous sommes appelé d'urgence ; la tumeur s'est rompue, il sort du sang en assez grande quantité. La tumeur est fixée profondément, adhérente à la peau, un orifice étroit médian laisse sourdre du sang de stagnation, la pression fait sortir de petits caillots. Nous montrons la malade à un confrère, qui émet le diagnostic d'hématosalpinx devenu adhérent à la paroi. Nous doutons fort de ce diagnostic, que l'état du vagin ne permet pas en somme d'asseoir solidement. Il est bien possible, disons-nous, que l'utérus et les trompes soient atteints de rétention, mais la palpation médiane profonde ne permet de rien sentir, l'utérus serait donc fort petit ; la rétention tubaire isolée est une

rareté dans l'histoire des rétentions utéro-annexielles, et surtout la tumeur était, à notre premier examen, située sous la peau et dépassait la ligne médiane à gauche. Nous convenons que l'hématosalpinx est possible, mais tout diagnostic nous paraît difficile et nous décidons l'intervention pour le lendemain. La malade au cours de cet examen nous raconte qu'il y a deux ou trois mois, elle eut comme une ecchymose sus-pubienne. Tout est préparé pour une intervention sur les organes génitaux internes. La veille, la poche a été lavée au sublimé, et un pansement a été fait.

Opération. — Incision médiane, courte, sous-ombilicale de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané. Cette incision nous permet d'explorer la poche. Il en sort du sang de stagnation et des caillots brunâtres. Un prolongement descend profondément du côté de la symphyse, et dès lors nous pensons être conduit à une intervention intra-abdominale. Nous agrandissons l'incision. La poche, très développée à droite, présente à ce niveau un orifice où passe à peine l'index et qui mène dans un prolongement du volume d'une grosse noix ; nous fendons transversalement la poche à droite, et dilacérons l'orifice de communication. A gauche, petit prolongement dépassant la ligne médiane, du volume d'une petite noix. Nous commençons à disséquer la poche, mais sa friabilité est telle qu'elle se déchire à chaque instant. Nous disséquons ce qui peut l'être, le reste est abrasé aux ciseaux courbes. Nous fendons alors la paroi antérieure du diverticule inférieur, le doigt enfoncé dans le trajet, et nous voyons ce diverticule bordé de chaque côté par les droits antérieurs entre lesquels il pénètre. Au niveau du bord supérieur de la symphyse, le trajet se termine en cul-de-sac, sans qu'il soit possible de découvrir aucun orifice ; la pression profonde ne fait rien sourdre. En raison du milieu déplorable où nous opérons, nous décidons de ne pas pousser plus loin l'intervention ; le diverticule inférieur est fortement curetté, la toilette de la cavité est soigneusement faite et nous suturons sur un drainage à la gaze stérilisée. Quatre jours après nous remplaçons la gaze par deux drains, l'un passant dans la poche, l'autre dans le diverticule inférieur. Pas de pus. La réunion se fait bien. Huit jours après, légère infection de la plaie, que nous avons attribuée aux drains et au coton non stérilisés par nous à l'étuve. Lavages antiseptiques. Pansement tous les jours, trois semaines après l'opération la réunion est parfaite.

Nous nous proposions de traiter la fistule vésico-vaginale par le colpocléisis après ablation du bouchon fibreux et établissement d'une large communiation entre le vagin et la vessie : suture étendue du vangin ; mais cette intervention, qui nous eût permis de compléter nos données sur la malade, ne fut pas faite, devant la grande difficulté que nous avions eue, dès la première intervention, à faire soigner cette malade qui refusait d'entrer à l'hôpital.

Nous ne savons point ce qu'était cette tumeur : l'analyse histologique n'a pu être faite, et nous relatons seulement cette observation à titre de curiosité.

Pierre. — CYSTO-FIBRO-MYXOME DE L'OVAIRE. (*Soc. anat. clinique de Lille.* Séance du 11 mai 1898.)

Hélène L..., 22 ans, ménagère, salle Saint-Jean, n° 1, entre dans le service de M. le professeur Duret pour tumeur abdominale. Ses antécédents héréditaires sont bons.

Les règles apparaissent à 13 ans et restent régulières.

Pas d'enfants.

Au mois d'avril 1897, elle commence à ressentir des douleurs abdominales, sans localisation précise et maigrit beaucoup depuis lors.

Depuis le mois de novembre 1897, les règles ne sont apparues que deux fois, durant trois ou quatre jours chaque fois.

Pas de pertes blanches.

En octobre, le ventre commence à grossir et son augmentation progressive décide la malade à entrer à l'hôpital.

Les fonctions digestives sont restées bonnes, l'appétit est conservé.

Les mictions sont devenues plus fréquentes et n'ont jamais été douloureuses.

L'examen direct est pratiqué le 28 avril 1898. A l'inspection, le ventre se montre saillant dans la région sous-ombilicale, distendu par une tumeur, offrant l'aspect d'une grossesse de six mois.

La palpation révèle une tumeur dure, un peu plus volumineuse qu'une tête d'entant de deux ans.

Elle descend jusqu'au pubis, et elle est fortement bridée par les muscles droits de l'abdomen.

Au toucher on rencontre l'hymen, puis le col petit porté en arrière, faisant corps avec la tumeur.

On décide d'intervenir et la laparatomie est pratiquée le 28 avril 1898 par M. le professeur Duret. — La paroi abdominale ouverte, on tombe sur une tumeur médiane, du volume d'une tête d'enfant de 2 ans, rénitente, de consistance fibreuse qui fait penser à un fibrome. Mais on la mobilise facilement et on constate bientôt que son pédicule n'est autre chose que la trompe gauche. L'ovaire a disparu, ou plutôt n'est autre que la tumeur elle-même. Elle est libre d'adhérences et M. le professeur Duret en pratique l'ablation par la méthode ordinaire.

La plaie abdominale est refermée. Quelques jours après elle guérit par première intention et la malade entre en convalescence sans présenter aucun accident.

On fait l'examen macroscopique de la tumeur immédiatement après l'opération. Elle est sphéroïdale et présente à son sommet une plaque dure, d'aspect porcelainique grande comme la paume de la main.

A l'ouverture, il s'en échappe un liquide brun jaunâtre qui n'a pas l'apparence de l'albumine et que l'on réserve pour en faire un examen plus détaillé. Il se prend rapidement en caillots volumineux.

La cavité contenant le liquide est fort irrégulière. On y remarque plusieurs travées formées par un tissu gélatiniforme et qui la cloisonnent en plusieurs loges très irrégulières.

Les parois de la tumeur sont formées de deux couches bien distinctes, — différenciées histologiquement, comme on le verra tout à l'heure. L'une externe est plus condensée, plus dure, d'aspect fibreux ; la couche interne, au contraire, est de consistance et d'aspect gélatiniforme, molle, tremblottante, ravinée, semi-fluide. — Des plaques hémorragiques la colorent par place en rouge.

Il s'agit d'une forme kystique de myxome, d'un cysto-myxome.

L'examen histologique est pratiqué par M. le prof. Augier.

La paroi est formée de deux couches : une couche externe, exclusivement formée de tissu fibreux et très vasculaire ; l'autre, interne, formée de tissu myxomateux ordinaire (grandes cellules plastiques anastomosées plongeant dans une masse anhiste), dans lequel on rencontre encore des éléments fibreux, mais isolés.

Par endroits on trouve une infiltration embryonnaire mal définie et ne présentant pas les caractères du sarcome. De follicules de Graaf il ne reste plus traces.

Il s'agit donc d'une forme associée de myxome : fibro-myxome.

Une analyse chimique satisfaisante du liquide n'a pu être faite.

Les quelques réactions sommaires qui ont été essayées ont montré qu'il ne s'agissait pas d'albumine.

Peut-être est-on en présence de sérine ? (le précipité alcoolique se redissout dans l'eau).

Le caillot qui s'est formé immédiatement après la sortie du liquide de la tumeur est dû à la fibrine.

Si l'on ajoute à ces quelques données la couleur jaune brun du liquide, la présence de taches hémorragiques sur les parois, la grande richesse vasculaire de la tumeur, et la fragilité reconnue des vaisseaux des myxomes, on sera peut-être en droit de conclure que le liquide n'est autre qu'un extravasat sanguin ou un exsudat de même nature.

Il nous a paru intéressant de relater ce cas à cause de sa rareté (le myxome de l'ovaire est à peine signalé dans les traités), et aussi à cause de la qualité du liquide, dont nous regrettons de ne pouvoir donner une notion chimique plus complète.

Signalons enfin la bénignité de ces tumeurs qui, sauf de rares exceptions (entre autres celles rapportées par Malherbe et Rapin), ne se généralisent pas au système lymphatique.

Discussion, M. Duret : J'ai publié tout récemment, sur les cystosarcomes et cysto-fibromes de l'ovaire, un travail dans la *Semaine Gynécologique* de Paris. Ces kystes sont de nature spéciale, il n'y a pas de paroi propre et le tissu même de la tumeur fait paroi. C'est plutôt une caverne qu'une poche kystique. La théorie actuelle en fait une infiltration séreuse dans un espace dont la cavité s'agrandit progressivement ; à ce propos, on a voulu faire intervenir les lymphatiques, mais on ne retrouve pas dans la paroi de ces tumeurs kystiques les caractères spéciaux des *lymphatiques*.

Laroyenne. — SIGNE CERTAIN DE CANCER DU COL UTÉRIN AU DÉBUT. (*Province médic.*, n° 16, 1898.)

Signe de l'ongle, qui, suivant l'auteur, peut à lui seul, établir le diagnostic de cancer du col au début.

Chaque fois que, dans un col, plus ou moins gros, présentant autour de son orifice, une surface rouge, granuleuse ou ulcéreuse, l'ongle de l'index pourra y pénétrer et ramener de l'épithélium, le cancer sera *certain*.

Si l'ongle ne pénètre pas, pas de cancer.

Dans certaines métrites, on pourra amener, par ce léger traumatisme, une hémorragie, mais l'ongle ne ramènera jamais de fragments épithéliaux.

Ce n'est pas un signe à dédaigner et qui peut aider et même suffire à affirmer le diagnostic.

R. PICHEVIN, *Directeur-Gérant.*

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE DAIX FRÈRES.
Maison spéciale pour Journaux et Revues.



SOMMAIRE

VALEUR THÉRAPEUTIQUE

De l'incision du cul-de-sac postérieur vaginal dans le traitement des suppurations pelviennes (1).

Par Paul REYNIER.

Messieurs,

M. Monod, par son importante communication, est venu remettre en discussion une question, sur laquelle l'accord semblait pour moi devoir être fait depuis longtemps.

Il s'agit de la valeur thérapeutique de l'opération de Récamier, l'incision par le cul-de-sac postérieur pour évacuer les suppurations pelviennes.

De nouveau M. Monod vient préconiser cette intervention dont M. Laroyenne s'est fait, dans ces derniers temps, le défenseur enthousiaste.

Cette opération, qui peut rendre des services dans quelques cas limités, ne me paraît pas mériter toutefois tant d'enthousiasme.

Contre elle s'élèvent trop de desiderata, pour qu'on en devienne un partisan convaincu. Comme je l'ai dit en 1894, au Congrès de Rome ; comme je l'ai répété au Congrès de Genève à M. Laroyenne, comme le pensent MM. Pozzi, Bouilly, Quénu, Ricard, ce n'est qu'une opération d'attente, qui peut parer aux accidents immédiats. Elle a pour elle, faite avec certaines précautions, de ne pas être dangereuse, et de pouvoir amener dans quelques cas une guérison suffisante, si ce n'est complète. Mais contre elle, elle a d'être, dans la grande majorité des cas, inefficace, de ne pouvoir arrêter les accidents, et d'obliger pour obtenir la guérison, à avoir recours à une autre opération, telle que laparotomie ou l'hystérectomie.

A la statistique de M. Monod, j'oppose en effet la mienne, qui me permet de parler ainsi.

Sur 56 élytrotomies pour lésions suppurées périutérines, je relève 36 malades non guéries, et 20 malades, qui sont parties paraissant guéries.

J'ai le soin de dire paraissant guéries ; car telle Femme qui ne suppure plus, qui ne souffre plus, peut quitter l'hôpital enchantée, et donner toute satisfaction à son chirurgien ; et la même Femme, si elle marche, si elle se fatigue, vous reviendra quelques mois après avec de nouveaux accidents.

C'est ainsi que je trouve dans mes observations l'histoire de quatre Femmes, qui sont parties avec la mention de guérison, et auxquelles, six mois après pour les unes, un an après pour les deux autres, j'ai fait une hystérectomie vaginale complémentaire, pour enlever des ovaires, qui étaient restés malades.

Celles qui, dans ma statistique, sont marquées comme non guéries, ont, les unes, quitté l'hôpital ayant encore des lésions facilement appréciables au toucher, des annexes grosses douloureuses.

Les autres n'ont pu quitter l'hôpital qu'après avoir subi une opération complémentaire pour arriver à la guérison, que l'incision du cul-de-sac ne donnait pas.

C'est ainsi que, sur ces 36 malades non guéries, 7 ont été laparotomisées, 24 ont été hystérectomisées, 3 ont subi l'hystérectomie, puis la laparotomie qui a fini par amener une guérison, qu'avec les deux premières opérations, incision du cul-de-sac et hystérectomie, je n'avais pu obtenir.

J'ai donc 24 malades, sur 56 élytrotomies, chez lesquelles l'ouverture du cul-de-sac a été insuffisante.

En passant je fais remarquer cette supériorité de la voie abdominale qui, pour moi, s'affirme toujours, quelle que soit la lésion gynécologique.

Or, pourquoi ces succès et ces insuccès de l'incision du cul-de-sac ? Il n'est pas difficile d'en trouver la raison.

Etant donné ce que nous avons appris par nos laparotomies de l'anatomie pathologique des lésions dans les infections périutérines, les insuccès doivent moins nous surprendre que les succès.

Ne savons-nous pas, en effet, que, toutes les fois qu'une infection se propage de l'utérus aux annexes, la bilatéralité est la règle ?

Cette bilatéralité ne nous sert-elle pas souvent pour affirmer une suppuration. Les lésions non infectées, salpingite hémorragique, collection kystique, ne siégent le plus souvent que d'un côté. Ne savons-nous pas encore que lorsque la lésion dure depuis longtemps, rarement nous avons affaire à de simples lésions tubaires. Nous sommes le plus souvent en présence de salpingo-ovarites, c'est-à-dire de lésions dans lesquelles il existe un ovaire à loges multiples, infectées, suppurées, et autour de cet ovaire entouré d'une trompe, qui s'enroule autour, et qui dans sa portion tubaire contient du pus.

Autour des annexes malades il peut encore exister, comme le dit M. Monod, une suppuration péri-annexielle.

Bien habile, devant tous ces foyers purulents distincts, celui qui croit pouvoir les ouvrir tous !

On ouvre les collections les plus rapprochées du vagin, mais les lésions tubaires vous échappent presque fatalement.

Aussi n'est-il pas étonnant que, bien que vous ayez eu la satisfaction de donner issue au pus, fatalement il persiste des clapiers, des culs-de-sac, qui restent infectés et ces foyers secondaires peuvent être la cause de nouvelles poussées purulentes.

En voulez-vous des exemples probants.

J'ai encore dans mon service une malade qui, entrée il y a 3 mois avec une collection bombant dans le vagin, a eu sa collection vidée par l'incision du cul-de-sac postérieur. Dans cette intervention, j'ai ouvert deux poches, une à droite, l'autre à gauche. Un mois après, nouvelle intervention de même nature pour une nouvelle collection qui s'était formée. Ce matin, je revoyais la malade : malgré mes deux interventions, elle présente encore, adhérente, une collection qu'il va falloir ouvrir, à moins que je ne fasse l'hystérectomie. Et il y a 3 mois qu'elle est dans le service pour arriver à ce résultat.

Je vous citerai l'histoire d'une autre malade à laquelle, il y a 4 mois, je faisais une laparotomie.

Le ventre ouvert, je me trouvai en présence de telles adhérences que je préférai renoncer à enlever les annexes suppurées, par la laparotomie ; le ventre restant ouvert, j'incisai le cul-de-sac postérieur ; avec une pince, je défonçai et ouvris, à droite et à gauche de l'utérus, les poches suppurées.

Il s'écoula une grande quantité de pus.

La masse inflammatoire s'affaissa sous mes yeux, et comme par l'incision abdominale je pouvais avec l'autre main sentir mon instrument, jamais je ne crus être aussi sûr d'avoir tout ouvert.

Je refermai le ventre et drainai par en bas.

Au bout d'un mois la malade ne suppurait plus par son incision vaginale. Elle ne souffrait plus. Elle voulut nous quitter. Mes internes la considéraient comme guérie. Mais je sentais encore de chaque côté de l'utérus des masses trop faciles à percevoir, et qui m'empêchaient d'affirmer la guérison.

J'avais raison de douter; car cette Femme est rentrée dans mon service, il y a quelques jours. Une nouvelle collection purulente s'était formée, qui s'était ouverte dans le rectum ; et pour guérir cette fistule rectale, je me trouve forcé de lui faire une hystérectomie.

Cette observation ne montre-t-elle pas en même temps que l'innocuité de l'incision du cul-de-sac, innocuité que je reconnais, l'inefficacité de cette incision pour donner une guérison durable. Ces faits ne justifient-t-ils pas le nom d'opération d'attente, que je donne avec M. Routier à cette intervention ?

Je trouve encore dans mes observations des cas dans lesquels je me suis trouvé en présence d'une vaste collection

(1) *Société de chirurgie*. Séance du 29 Juin 1898.

purulente bombant du côté du vagin. Cette collection me paraissait bien unique. Je l'ouvre : plus d'un litre de pus s'écoule. La fièvre tombe. Mais au bout de deux mois, dans un cas, et dans un autre de 4 mois, la suppuration continue à s'écouler par le drain vaginal toujours aussi abondante.

Voyant la malade s'épuiser, je fais une hystérectomie ; et au moment où j'enlève l'utérus, j'ouvre de nouvelles collections, que la présence de l'utérus empêchait de se vider. Cette hystérectomie faite, la malade guérit par enchantement.

Ces observations ne montrent-elles pas encore l'insuffisance de l'incision vaginale pour donner un libre écoulement au pus dans un certain nombre de cas.

Je le répète donc :

Dans les grandes suppurations pelviennes, dans les lésions suppurées d'ancienne date, chez les Femmes qui ont de vieilles lésions annexielles, dans lesquelles se fait tout d'un coup du pus, l'incision du cul-de-sac sera presque toujours une opération d'attente, qui permettra de gagner du temps, et, donnant issue au pus, vous mettra dans de meilleures conditions pour une opération plus complète.

Dans les infections récentes, elle aura plus de chance de donner un meilleur résultat.

C'est le cas des infections annexielles d'origine gonococcienne.

Vous voyez souvent entrer dans votre service des Femmes atteintes, en même temps, de vaginite, de métrite, de salpingite blennorragiques. Sous l'influence des injections, la vaginite disparaîtra en premier. Mais il persiste de la métrite, de la paramétrite et de la salpingite. Il se forme du pus dans la trompe.

A cette période, les lésions sont souvent plus accusées d'un côté, elles sont alors limitées à la trompe et l'ovaire, le plus souvent, est indemne.

Dans ces conditions, si vous ouvrez cette collection de nouvelle formation par l'incision du cul-de-sac postérieur, et si vous donnez issue au pus, vous pourrez avoir une guérison en quelques jours, et une guérison durable. J'ai un certain nombre d'observations où les faits se sont passés ainsi et qui me permettent d'avoir cette opinion. Dans ces cas, l'incision du cul-de-sac postérieur devient une méthode de choix.

L'innocuité de l'opération, et son efficacité, doivent la faire préférer à toute autre intervention.

L'expérience a, en effet, appris le danger des laparotomies dans ces infections aiguës gonococciennes, et l'hystérectomie pour des Femmes le plus souvent jeunes, ne doit être regardée que comme une ressource ultime. Ce sont ces cas qui nous donnent dans nos observations cette minorité de guérisons, que nous mettons à l'actif de l'opération de Récamier.

Mais je dois cependant encore faire cette restriction, que, même dans ces cas, j'ai vu l'incision vaginale échouer, et pour peu que les lésions fussent trop étendues, être obligé d'avoir recours à une intervention plus radicale.

J'arrive maintenant au manuel opératoire.

Il existe des cas où le cul-de-sac postérieur est repoussé par une collection purulente qui bombe dans le vagin, souvent dissèque la cloison recto-vaginale, et pour laquelle il suffit d'inciser largement le cul-de-sac postérieur. On tombe immédiatement dans une vaste poche, qu'on n'a qu'à drainer. Il s'agit d'un véritable phlegmon péri-utérin, et l'opération dans ces cas est des plus simples.

Il n'en est plus de même quand le pus est collecté dans une poche salpingienne ou dans des poches ovariennes plus ou moins haut placées.

Le cul-de-sac ouvert, si vous essayez de perforer cette poche, celle-ci peut fuir sous votre doigt, et vous êtes obligé de la maintenir par une main, qui, pressant sur la paroi abdominale, la refoule du côté du cul-de sac.

Dans ces cas, le manuel, opératoire a besoin d'être précisé.

Il y a longtemps que j'ai renoncé au trocart de M. Laroyenne pour aller ouvrir là où les poches purulentes.

Dans une région où on peut trouver l'intestin, l'uretère et des vaisseaux importants, ce trocart est particulièrement dangereux.

Une des difficultés, en effet, de cette opération est dans ce fait qu'on n'a que deux mains. Or, dans le cas actuel, on regrette que la nature ne vous en ait pas donné une troisième, qui serait bien utile.

Lorsque vous tenez le trocart d'une main, l'autre main doit ou guider votre instrument dans le vagin, ou repousser la tumeur et l'empêcher de fuir.

Le trocart, enfoncé sans guide, risque de pénétrer trop latéralement et de léser l'artère utérine ou l'uretère.

D'un autre côté, si vous guidez de l'index de la main gauche votre instrument, vous êtes obligé de demander à un aide de repousser la collection. Or, celui-ci ne repoussera jamais la tumeur comme vous la repousseriez vous-même, directement sur votre instrument. Sa pression risque de déplacer le cul-de-sac sur votre doigt, et croyant être encore bien sur la ligne médiane, vous risquez d'enfoncer trop latéralement l'instrument.

Il peut arriver qu'on repousse en même temps l'uretère, et qu'on le refoule en arrière. C'est ainsi que je peux m'expliquer l'accident qui m'est arrivé une fois, et que j'ai cité dans la thèse d'un de mes élèves, M. Rosenblat ; me servant du trocart de Laroyenne, j'essayai d'ouvrir une collection haut placée ; le lendemain un écoulement d'urine m'indiquait que j'avais lésé l'uretère.

Quelque temps après, ces accidents péritonéaux ne s'étant pas amendés, je faisais une laparotomie. Ma malade mourait de choc.

Or, je sais que pareil accident est arrivé à un de mes collègues, qui me l'a fait connaître, sans que j'aie le droit de citer ici son nom.

Depuis, j'ai mis de côté le trocart de Laroyenne, et tout instrument coupant, dont l'usage me paraît parfaitement inutile pour ouvrir ces poches, dans lesquelles on pénètre facilement avec une pince.

Au manuel opératoire de M. Monod, qui se sert d'un bistouri boutonné, j'opposerai donc ma manière de faire beaucoup plus inoffensive. Car depuis, sur plus de 60 cas d'incision du cul-de-sac, je n'ai jamais eu ni hémorragie, ni lésion intestinale à relever.

Sauf dans deux cas où j'étais intervenu sachant que l'ouverture de la poche s'était préalablement faite dans le rectum, je n'ai jamais vu de fistules stercorales. Je le reconnais avec M. Monod, celles-ci peuvent être dues à ce que l'intestin adhérent, malade, se sphacèle et s'ouvre de lui-même dans le foyer purulent ; mais elles peuvent aussi être produites par un coup de lame tranchante, qu'il est difficile de diriger dans une pareille profondeur.

Je termine donc en exposant ma façon de procéder.

Faisant porter le col, avec une pince érigne, en avant, j'incise le cul-de-sac postérieur au bistouri ou au ciseau, dans toute sa longueur.

Avec le doigt, je décolle, comme dans une hystérectomie vaginale, en arrière de l'utérus et vais à la recherche de la poche à ouvrir, qu'un aide me repousse. Dès que je la sens, avec une pince un peu pointue, celle qui me sert à introduire la mèche de gaze dans l'utérus après un curettage, ou avec un dilatateur, je fonce sur cette poche ; le pus qui s'écoule m'indique que mon but est atteint ; j'ouvre alors les mors de la pince et je les retire tout grands ouverts ; je produis ainsi une ouverture très large, dans laquelle le doigt pénètre facilement, servant de guide pour le drain ou la mèche, que j'y mets.

Ainsi conduite, cette opération devient d'une telle simplicité que je laisse souvent mes internes la faire ; et, encore une fois, je n'ai jamais eu d'accidents d'aucune sorte en agissant ainsi, et les hémorragies dont parle M. Laroyenne me sont inconnues.

ORGANOTHÉRAPIE OVARIENNE EN CHIRURGIE

Par M. C. Jacobs.

Communication au Congrès de chirurgie de Gand, 19 Juin 1898.

—

Permettez-moi, Messieurs, d'écarter pour quelques instants vos discussions du terrain opératoire pour vous exposer les essais que je poursuis depuis deux ans, dans le but d'améliorer les résultats



opératoires des interventions sur les organes génitaux de la Femme.

Lorsque les lésions pathologiques mettent la santé ou les jours de la Femme en danger, le chirurgien n'hésite plus aujourd'hui à pratiquer l'ablation partielle ou totale des organes génitaux internes. Les perfectionnements de nos techniques opératoires nous permettent d'entreprendre ces opérations en toute sécurité. Si les résultats de ces interventions sont beaux au point de vue de la santé et de la vie des malades, nous devons convenir qu'ils laissent souvent à désirer pour ce qui concerne l'état général, l'équilibre organique, quelques semaines ou quelques mois après les opérations. L'établissement brusque de la ménopause dans un organisme dont la vie physiologique sexuelle devait durer encore 10-15-20 et 30 ans, ne se fait pas sans amener des perturbations organiques sérieuses. Elles se traduisent par des troubles généraux et des troubles locaux.

Les troubles généraux ressemblent singulièrement à ceux que l'on observe lors de la ménopause naturelle, c'est-à-dire des bouffées de chaleur avec transpiration survenant plus ou moins fréquemment, d'autant plus souvent que la santé, précaire avant l'opération, se rétablit plus florissante. La peau devient vultueuse, la Femme éprouve un malaise général,« tel, dit-elle, que si elle allait éclater ». Il y a céphalalgie passagère ou continue, migraines, bourdonnements d'oreilles, troubles visuels. L'estomac est paresseux et, dans certains cas, nous avons noté des vomissements fréquents avec alternatives de diarrhée et de constipation.

Les troubles locaux sont difficilement localisables. Dans la plupart des cas, cependant, ce sont des douleurs abdominales pelviennes, des douleurs lombaires, qui vont jusqu'à s'irradier dans les membres inférieurs. On note assez souvent des malaises occasionnés par l'atrophie progressive du vagin.

Tous ces troubles, par leur exagération, amènent petit à petit l'insomnie : les Femmes voient revenir le cortège des souffrances qui ont précédé l'opération, se découragent. L'âge des patientes n'a aucune influence sur l'acuité plus ou moins grande de ces phénomènes. Nous avons observé des malades de 20-25 ans, chez lesquelles l'ablation complète des organes génitaux ne fut suivie d'aucun symptôme de ménopause ; nous avons vu des Femmes de 45-50 ans très souffrantes à la suite de l'opération radicale.

Le fonctionnement menstruel plus ou moins régulier avant l'opération, ne présente pas non plus d'indice qui puisse faire préjuger des suites opératoires. Ainsi, des cas dans lesquels la menstruation était irrégulière, furent suivis de troubles intenses, de même que d'autres cas dans lesquels la menstruation avait totalement disparu par le fait des lésions. De l'ensemble de mes observations, je ne puis déduire aucun renseignement au sujet d'une prédominance quelconque des troubles de retour, qu'il s'agisse d'une ablation totale ou d'une ablation partielle des organes génitaux internes.

J'ai pratiqué, dans plusieurs cas, soit des ovaro-salpingectomies unilatérales, soit des résections de l'ovaire dans le but d'épargner l'avenir maternel des opérées. Dans quelques-uns de ces cas, j'ai vu s'établir petit à petit l'atrophie des organes génitaux avec accompagnement de tous les phénomènes de la ménopause. Certes, les opérations avaient eu leurs indications précises, mais l'ablation unilatérale ou la résection partielle de l'ovaire ont été, dans ces cas, le point causal de l'atrophie génitale.

Je crois pouvoir admettre cependant que l'ablation génitale totale est toujours suivie des troubles du retour, alors que dans certains cas d'ablation ovarienne simple, avec ou sans salpingectomie, ces troubles peuvent ne s'accuser que faiblement.

Les troubles organiques qui suivent les grandes mutilations ont pour cause la disparation des glandes ovariennes.

L'ovaire ou glande ovarienne a un rôle complexe : elle a une sécrétion externe, et l'ovule une sécrétion interne dont le rôle dans l'organisme féminin doit être très important. L'écoulement du sang menstruel, qui coïncide avec l'ovulation, à preuve la suppression du flux menstruel après la castration ovarienne, aurait pour but d'éliminer les toxines organiques. Le produit de la sécrétion interne de l'ovaire serait une albumine (que des recherches du Dr Thiébaut, mon assistant, ne sont pas parvenues à isoler encore) soluble, analogue à la spermine et douée de propriétés oxydantes. Ce serait une antitoxine. La castration ovarienne venant supprimer la glande et ses fonctions, il se produit une véritable auto-intoxication du sujet, se traduisant par une viciation de la nutrition générale, des troubles vaso-moteurs et nerveux. De même l'insuffisance thyroïdienne se traduit par le myxœdème.

Dans la phase de développement de l'organisme, cela s'appelle *anémie* ; dans le chapitre spécial que nous examinons, on peut l'appeler *ménopause antiripée*, *provoquée* ou *artificielle* ; l'arrêt de fonctionnement par atrophie s'appelle *ménopause naturelle*. Dans ces trois états, les symptômes sont les mêmes avec quelques variantes suivant l'âge, l'état général et le tempérament du sujet.

L'opothérapie ovarienne est une thérapeutique rationnelle puisqu'elle est destinée à donner à l'organisme l'antitoxine qui lui fait défaut. Ceci en explique les résultats.

***

C'est afin d'éviter ces suites opératoires, parfois désastreuses, que depuis deux ans environ nous faisons ingérer à nos opérées l'extrait de glande ovarique.

Ces expériences portent actuellement sur un total de 244 cas, dont 28 opérations partielles, 216 ablations génitales totales.

Age	Insuccès	Améliorations	Guérisons passagères	Guérisons définitives
18-25...........	3	15	9	21
25-35...........	10	19	14	34
35-45...........	6	24	17	38
45-55...........		3	8	23
	19	61	48	116

Soit 19 insuccès contre 225 résultats favorables, passagers ou définitifs.

Je classe sous la rubrique *amélioration*, des malades perdues de vue peu de temps après le début de la médication et chez lesquelles un changement notable a été noté dans les troubles dont elles se plaignaient.

De semblables résultats nous permettent d'affirmer ce que nous avancions il y a plus d'un an, à savoir que l'*ingestion de l'extrait de glandes ovariques après les opérations mutilatrices sur les organes génitaux internes s'oppose à l'éclosion des troubles de la ménopause dans la plus grande majorité des cas, amène presque toujours une amélioration et n'est que rarement suivie d'insuccès.*

Les expériences poursuivies ont été faites sur des malades provenant de ma clinique, de cliniques étrangères, patientes dont les opérations dataient de quelques semaines à plusieurs années.

***

Je puis citer, parmi ces nombreuses observations, les faits suivants :

1re *catégorie : Opérations partielles, conservatrices.* 28 cas.

L'ensemble de ces 28 cas, se rapportant à des ovariotomies unilatérales, des ovaro-salpingectomies unilatérales, des résections de l'ovaire, ne nous permet pas d'attacher une importance plus grande au point de vue de l'éclosion des symptômes de ménopause aux résultats des interventions qui ne s'adressaient qu'aux ovaires ou qu'aux masses ovaro-salpingiennes. Dans presque tous ces cas, nous avons vu, sans influence de l'âge, l'atrophie génitale se produire après un temps allant de 3 mois à 4 ans après les opérations. Nous avons observé plusieurs résultats négatifs de l'ingestion d'ovarine, mais nous notons par contre plusieurs cas de succès remarquable.

Mme X., 0pare, 24 ans, opérée en 1895 d'ovariotomie gauche et de résection partielle de l'ovaire droit pour kystes séreux. 8 mois environ après l'opération, disparition de la menstruation avec troubles généraux de ménopause. L'utérus est très petit, sain, l'ovaire droit réduit au volume d'une noisette. Ingestion d'oophorine. Dès le 3e mois, réapparition de la menstruation avec disparition progressive et rapide de tous les phénomènes de retour. Grossesse en 1897. Accouchement à terme.

Mme Y. Ipare, 31 ans. Opérée en 1894 d'ovaro-salpingectomie unilatérale pour vaste hématosalpinx droit. Succès opératoire. En 1895 la menstruation devient irrégulière, diminue et finit par disparaître. Nous constatons en même temps l'atrophie progressive de l'utérus et de l'ovaire gauche. Administration de l'oophorine en 1897. La personne le prend sans aucun résultat pendant 5 mois. Le 6e mois, menstruation peu abondante ; le 7e mois d'une abondance normale et depuis lors nous avons revu la personne à différentes reprises, menstruation régulière. L'utérus a aujourd'hui un volume normal.

Tous les cas ressemblent à ces exemples. La menstruation se rétablit plus ou moins rapidement et en même temps disparition de tous les phénomènes nerveux et vaso-moteurs. Certains organismes se sont absolument transformés.

Mlle X., opérée à l'âge de 18 ans (1894) d'ovariotomie bilatérale pour gros kystes sanguins. A la suite de l'opération, qui réussit parfaitement, dépérissement lent avec amaigrissement et symptômes qui nous font craindre la tuberculose pulmonaire.

En 1896, administration d'oophorine. Transformation de l'organisme. L'enfant se développe, grandit, se fortifie et, détail singulier, a été réglée 4 fois en 2 1/2 ans.

Nous avons noté la difficulté d'action du médicament, lorsque les opérations datent de longtemps, que l'atrophie est nettement installée.

2e *catégorie : Opérations totales — abdominales et vaginales* : 226 *cas.*

Nous n'observons aucune différence entre les opératione *abdominales* qui abandonnent l'utérus en totalité ou partiellement et celles qui abrasent l'ensemble des organes génitaux internes,

Aucune différence non plus dans les opérations *vaginales* totales et celles qui abandonnent totalement ou partiellement les annexes. Au point de vue de l'apparition et de l'acuité des symptômes de ménopause, analogie absolue entre les opérations *abdominales* et les opérations *vaginales*.

Nous avons noté nombre de cas d'opérations abdominales dans lesquelles l'abandon de l'utérus dans son entier ou du col favorisait ou était cause, dans la suite, d'hémorragies plus ou moins périodiques. Ces *fausses menstruations* n'ont aucun effet sur les troubles de la ménopause. Notre expérience nous permet d'affirmer également que l'abandon en tout ou en partie des ovaires dans la castration vaginale ne s'oppose en rien à l'apparition des manifestations du retour. Les organes ainsi abandonnés s'atrophient rapidement. Les exceptions sont très rares.

Nous ne pouvons entrer dans le détail de tous les cas que nous avons soumis à l'opothérapie. Cela nous entraînerait à des redites continuelles sans aucun intérêt.

Nous pouvons déduire de toutes ces observations les remarques suivantes :

Lorsque l'extrait d'ovaires est administré immédiatement après les opérations, avant l'apparition de troubles graves, c'est-à-dire avant l'intoxication de l'organisme, *les symptômes de ménopause, dans la majorité des cas, n'apparaissent pas*.

Nous avons aujourd'hui pour principe d'administrer l'ovaire 15 jours environ après les opérations — pendant environ 1 mois. Il suffit dès lors, dans bien des cas, de recommencer la médication de loin en loin, à des périodes indéterminées, lorsque quelques bouffées de chaleur viennent amener les troubles vaso-moteurs.

Une de nos opérées a présenté des troubles vésicaux très accusés, sans aucune lésion pathologique des reins, de la vessie, de l'urine. L'oophorine l'a débarrassée de cet inconvénient très rapidement. Les troubles vésicaux post-opératoires que l'on attribue à juste titre souvent à une cystite du col, suite de la cathétérisation vésicale, n'ont cependant dans nombre de cas pas d'autre cause que des congestions passagères de la muqueuse vésicale. On observe très bien ce phénomène au cystoscope. Ce ne serait donc qu'un phénomène de circulation, pareil aux bouffées de chaleur ; on l'observe souvent aussi lors de la ménopause naturelle.

Si les troubles généraux et locaux sont installés depuis plusieurs semaines ou plusieurs mois, si l'état général est devenu mauvais, le nervosisme intense, l'action de l'extrait d'ovaire est lente, parfois nulle, sans effet, souvent à cause du peu de persévérance des malades ; dans presque tous les cas cependant, il y a amélioration très notable, passagère lorsque la malade cesse la médication, s'accentuant au contraire si elle persévère.

La communication que nous vous présentons se borne à envisager l'organothérapie ovarienne en chirurgie. Elle a de multiples applications en médecine générale. Je me permettrai de vous rappeler les résultats remarquables obtenus dans certains cas d'affections mentales, pour en rapprocher un exemple qui touche de près à la chirurgie :

Une dame X., âgée de 42 ans, est opérée en 1893 par un de nos confrères belges d'hystérectomie abdominale pour fibrome. Succès opératoire. Retour à la santé. En 1894, apparition de troubles généraux de ménopause qui vont s'accentuant pendant 2 ans, au point qu'en 1895 la malade devient triste, mélancolique, fuit le monde, s'isole. A cette époque, tentative de suicide. Nous administrons l'extrait d'ovaires et, 5 mois après, la personne était revenue à la santé, vivait de la vie commune, sans présenter aucun trouble mental.

Enfin, Messieurs, il nous est arrivé souvent de voir des opérées de castration totale présenter des symptômes d'anémie grave, à une époque plus ou moins éloignée de l'opération. Cet état anémique est similaire de celui que l'on observe lors de l'installation de la puberté. Ce n'est qu'une intoxication générale de l'organisme par défaut de fonctionnement de la glande ovarienne. L'injection d'ovarine a sur cet état une action constante et rapide. En 1 mois souvent l'anémie a disparu.

Un dernier mot au sujet du mode d'administration :

Après avoir essayé toutes les préparations d'extrait d'ovaire employées par ceux qui avant nous s'étaient occupés de cette question, nous nous sommes arrêté définitivement à la forme préparée par un de nos compatriotes, M. Lambotte. C'est un extrait d'ovaire glycériné en suspension dans du vin. Ce mode d'administration est généralement très agréablement accepté par les patientes, n'occasionne aucun trouble des voies digestives à l'encontre des autres préparations. Jamais jusqu'à présent, nous n'en avons observé d'effets nuisibles, d'intoxication. Nous faisons prendre à la malade 0.20 centg. d'extrait par jour.

Je crains de retenir trop longtemps votre attention. J'insiste en terminant sur l'importance de cette médication nouvelle, au point de vue de nos résultats opératoires.

REVUE FRANÇAISE

M. Gangolphe et Fr. Duplant. — TUMEUR MALIGNE A FIBRES MUSCULAIRES LISSES DÉVELOPPÉE DANS LA PARTIE GAUCHE DU PETIT BASSIN. (*Presse médicale*, 29 juin 1898.)

Les myomes malins à fibres lisses (léïomyomes de Zenker) ont été pendant longtemps confondus avec les sarcomes fusocellulaires. La notion de la spécificité cellulaire, qu'en France M. le professeur Bard a soutenue avec une grande autorité, a permis d'établir une distinction entre les néoplasmes d'origine conjonctive, et ceux qui ont pour point de départ le tissu musculaire.

Récemment, dans un important travail, MM. Paviot et Bérard (1) ont fait une étude d'ensemble des myomes malins à fibres lisses. L'observation que nous publions aujourd'hui est annoncée et signalée dans ce mémoire, la tumeur ayant été présentée à la Société des sciences médicales de Lyon. Toutefois, à cette époque, son étude histologique n'était pas complète, ses particularités cliniques ne furent qu'esquissées. Aussi, croyons-nous devoir la publier aujourd'hui pour insister sur le mode d'évolution de ces lésions et sur les caractères anatomiques et les généralisations de ces néoplasmes.

En dehors des remarquables observations de Paviot et Bérard, deux publications lyonnaises rapportent des cas de myomes malins.

La première, de MM. Gouilloud et Mollard (2), décrit une tumeur gastrique propagée au péritoine et ne contenant que des fibres lisses ; elle avait pour origine la tunique musculaire de l'estomac et s'accompagnait d'intégrité absolue de la muqueuse. La seconde, publiée par M. Condamin (3), contient la description d'une tumeur primitive de l'utérus, à évolution assez rapide, dans laquelle on ne rencontrait que des fibres musculaires lisses à différents degrés d'évolution.

M. Delbet (4) signale ces faits sous la rubrique de transformation des myomes en tumeurs malignes. Il n'en connaît pas de cas publiés en dehors de ceux que nous venons de rapporter. Il est fort disposé à n'y voir que des sarcomes fusocellulaires, les arguments apportés en faveur de leur origine musculaire ne portant que sur l'interprétation qu'en font les partisans de la théorie de la spécificité cellulaire.

Langerhans (5) publie une observation de myome malin de l'utérus. Il s'agit d'un fait rare de coexistence d'un grand nombre de fibromes utérins plus ou moins calcifiés, avec deux tumeurs composées en majeure partie pour l'une, et en totalité pour l'autre, de fibres musculaires lisses. Ces néoplasmes devenus malins ont perforé l'utérus et donné des métastases dans le poumon.

Delbet et Herescо (6), étudiant les fibromyomes des ligaments utérins, ont décrit une forme à évolution rapide.

Bien des auteurs croient donc qu'une tumeur musculaire de l'utérus peut se transformer en sarcome.

M. Pilliet (7) rapporte des faits semblables. Il va même plus loin, voyant dans tous les fibromyomes de l'utérus, même bénins, des éléments rappelant le sarcome.

Alb. Doran (8) avait étudié ce mode d'évolution des tumeurs de la matrice. Des cellules rondes infiltrent alors les tissus et prennent la place des cellules musculaires.

M. P. Mermet (9) a décrit une tumeur analogue dont une partie devint télangiectasique. Le plus grand nombre des éléments cellulaires y possèdent le type musculaire ; mais il existe un peu de tissu conjonctif autour des vaisseaux, et, en quelques points, entre les cellules musculaires. La capsule de la tumeur, nettement *conjonctive* est fort épaisse ; c'est pourquoi l'auteur la nomme fibromyome. Il ajoute : « à évolution sarcomateuse », pour caractériser sans doute la malignité du néoplasme, car il dit lui-même que les éléments fusiformes rencontrés ont la disposition du tissu musculaire.

Tous les organes possédant des fibres musculaires lisses peuvent donner des tumeurs dans lesquelles ce tissu existe seul, soit à l'état adulte, soit à l'état embryonnaire. Les myomes de la vessie sont étudiés dans les monographies d'Albarran et de Clado.

Outre les cas de Gouilloud et Mollard, nous trouvons dans une publication de Heurteau (10), des faits de myomes de l'intestin. Cet

(1) PAVIOT et BÉRARD. — *Archives de méd. exp.*, 1897, Juillet.
(2) GOUILLOUD et MOLLARD. — *Lyon méd.*, 1889, p. 549.
(3) CONDAMIN. — *Gaz. hebd. de Médecine*, 1895, p. 33.
(4) LE DENTU et DELBET. — *Traité de chirurgie*, T. I.
(5) LANGERHANS. — *Berlin. Klin. Woch.*, 1893, 3 Avril.
(6) DELBET et HERESCO. — *Revue de Chirurgie*, 1896.
(7) PILLIET. — *Soc. de Biologie*, 1895, 20 Octobre.
(8) ALB. DORAN. — « Myome of the uterus becoming sarcoma ». *London med.*, 1890.
(9) P. MERMET. — *Soc. anatomique*, Paris, 1897.
(10) HEURTEAU. — *Arch. prov. de Chirur.*, 1896, octobre.

auteur les compare avec raison aux tumeurs musculaires de l'utérus. Il n'en signale pas ayant subi l'évolution maligne.

Les fibres lisses de la peau peuvent aussi donner naissance à des tumeurs capables de se généraliser. Besnier (1) leur a consacré une importante étude. Il ressort de ces travaux, que le tissu musculaire est capable de constituer des tumeurs à allure maligne partout où il se rencontre.

La généralisation des myomes à fibres lisses est assez rare. Dans le cas de Besnier, la peau seule était atteinte. Dans l'observation de Gouilloud et Mollard, il s'agissait plutôt d'une propagation au péritoine que d'une véritable généralisation. M. le professeur R. Tripier, qui a bien voulu examiner nos préparations, et nous faire part de ses souvenirs, nous a dit n'avoir rencontré qu'un cas de myome généralisé. Il n'a jamais vu de noyaux hépatiques.

On verra, dans l'observation que nous publions, que le foie et le poumon offrent des noyaux secondaires, présentant avec la plus grande perfection la structure musculaire.

***

Observation. — L. B..., âgée de trente-trois ans, demeurant à Villers (Jura). Entrée à la salle Saint-Martin, service de M. Gangolphe, le 25 novembre 1896.

Examen clinique. — La malade nous dit n'avoir jamais été atteinte d'aucune maladie. Rien d'intéressant à signaler dans ses antécédents héréditaires.

Eut trois enfants ; le second est mort en bas âge ; le troisième, vivant, est âgé de deux mois. La malade a pu le nourrir jusqu'à l'époque de son départ pour Lyon, la veille de son entrée à l'Hôtel-Dieu. Pendant la grossesse, aucun accident ; toutefois, par intervalles, elle éprouvait de violentes coliques survenant sans cause apparente et disparaissant de même. L'accouchement fut normal, et, quatre jours après, la malade pouvait vaquer à ses occupations. Après la délivrance, le volume de l'abdomen n'avait diminué que de moitié, et la malade percevait, dans la fosse iliaque gauche, une volumineuse tumeur pour laquelle elle ne conçut aucune inquiétude. Toutefois, elle se sentait faible, et l'amaigrissement qu'elle avait constaté pendant la grossesse ne faisait que s'accroître. La tumeur prenant de l'extension, elle se résolut à consulter son médecin. Ce dernier conseilla l'entrée à l'Hôtel-Dieu de Lyon, et la malade partit peu après.

A son arrivée, nous constatons un état de cachexie prononcé. La couleur jaune paille des téguments avec pli cachectique, la maigreur de la malade, la dyspnée qu'elle éprouve frappent au premier regard.

Le ventre est régulièrement augmenté de volume, sillonné de veinosités bleuâtres. L'ombilic est effacé. Il n'y a pas de saillies constatées à la simple inspection.

La palpation nous révèle une énorme tumeur occupant toute la moitié sous-ombilicale de l'abdomen, dépassant la ligne ombilicale à gauche et s'étendant au-dessous d'elle, à droite.

Toute la surface du néoplasme est mamelonnée. Il semble qu'il y ait des adhérences de la tumeur avec les parois du bassin dans la fosse iliaque gauche, et d'autres avec la peau au niveau de la ligne médiane, au-dessous de l'ombilic. On perçoit, en outre, plusieurs noyaux au niveau du foie et profondément dans l'hypochondre droit.

La sonorité abdominale est irrégulièrement distribuée. Dans la tumeur même, des zones de sonorité font penser à la présence d'anses intestinales englobées par le néoplasme. A droite, au-dessus de l'ombilic, la sonorité prédomine. Le foie ne paraît pas avoir un volume bien au-dessus de la normale, quoiqu'il dépasse légèrement les fausses côtes. Dans le flanc, un peu de submatité, ne variant guère par les déplacements de la malade.

La limite supérieure de l'espace de Traube paraît élevée.

Le toucher vaginal nous apprend que le col utérin, un peu abaissé, regarde en avant. Le corps, complètement fixé, semble dirigé en arrière.

Les poumons nous présentent un peu de submatité aux deux bases et des râles sous-crépitants fins à ce niveau.

Rien à signaler au niveau du cœur. Le pouls est petit, régulier et rapide.

La malade ne tousse pas, elle n'a jamais eu de crachats hémoptoïques.

La dyspnée est extrême, la malade ne peut respirer qu'assise sur son lit ; il est impossible de la faire étendre sur le dos, même pour l'examen.

La malade n'éprouve que des douleurs vagues dans l'abdomen.

L'alimentation est à peu près nulle. Absorbant un peu de lait, elle signale une sensation de pesanteur gastrique quelques instants après l'ingestion de cet aliment.

Elle n'a pas de diarrhée. Jamais elle n'a vomi.

Nous n'avons pas constaté d'évacuations involontaires des matières fécales, ni des urines. Celles-ci ne contiennent pas d'albumine, ni de sang.

(1) Besnier. — *Annales de dermatologie*, 1880-1885.

Pas de pertes vaginales.

Il n'existe pas de symptômes cérébraux. La malade a toujours conservé une lucidité parfaite de l'esprit.

Elle n'a pas de notables élévations de température.

En somme, cliniquement, tout nous porte à croire qu'il s'agit d'une tumeur maligne primitive de l'ovaire gauche. Dès l'entrée, la cachexie, le volume du néoplasme, ses adhérences, sa marche très rapide contre-indiquent toute intervention.

Le 1er Décembre, on constate des signes d'épanchement pleural à gauche. On fait une ponction : le liquide retiré est franchement hématique. Il existe de l'œdème des membres inférieurs ; celui-ci, très peu marqué à l'entrée, s'est notablement accru.

Le 3 Décembre, l'épanchement est bilatéral, la dyspnée devient extrême. L'œdème des membres inférieurs s'est très développé. Le pouls est de plus en plus mauvais.

Il n'existe toujours pas de toux, pas de vomissements, pas de diarrhée, pas de sang dans les matières fécales. La malade meurt dans l'après-midi.

Examen anatomique. — Le ventre est énormement distendu. Il existe par le nez, la bouche, un écoulement abondant de liquide séro-sanguinolent.

L'ouverture de l'abdomen laisse échapper une grande quantité de liquide rosé qui occupe toute la partie droite et supérieure de la cavité, tandis que la tumeur en occupe les deux tiers inférieurs à gauche. Elle présente, au niveau de la moitié sous-ombilicale des parois de l'abdomen, des adhérences péritonéales. Il faut disséquer dans le tissu cellulaire sous-cutané pour mettre à nu le néoplasme en ce point.

Le péritoine pariétal est recouvert d'une foule de noyaux de généralisation, blancs, rosés, variant du volume d'un pois à celui d'une prune. On ne voit les anses intestinales qu'au voisinage de l'estomac : toutes les autres sont englobées par le néoplasme qui forme une énorme masse occupant le petit bassin et ne laissant découvrir, à ce niveau, ni l'utérus, ni ses annexes, ni la vesie. L'éviscération complète est pratiquée, car nous ne pouvons isoler aucun organe : nous enlevons en même temps le contenu du petit bassin. Il est impossible d'isoler aucune anse intestinale de l'énorme masse néoplasique que l'on peut évaluer à 6 kilos.

L'aspect général est blanc, le tissu dur, plus souple dans les parties superficielles. De nombreuses saillies surmontent le néoplasme. L'épiploon est transformé en un bourrelet de deux à trois centimètres d'épaisseur et de cinq à six de largeur, tendu comme une corde sur le paquet de l'intestin. Nous constatons, sur les bords, des cavités remplies d'un liquide séreux contenant d'énormes flocons de fibrine, nous croyons ces cavités formées aux dépens de la tumeur sans pouvoir l'affirmer.

A la coupe, le tissu résiste, mais sans crier sous le couteau. Ça et là, une anse intestinale, complètement fixée au néoplasme par tout son pourtour, se trouve ouverte ; elle reste béante, tendue par le tissu qui l'englobe. Peu de suc au raclage.

La tumeur n'est fixée, au pourtour de la cavité abdominale, en aucun point. Il n'existe pas d'adhérences osseuses ; les muscles des parois et leurs aponévroses semblent avoir opposé une barrière à son développement.

L'utérus, le rectum, la vessie sont englobés comme les anses intestinales. Il semble que les fibres musculaires de l'utérus ne sont pas infiltrées. La tumeur, dans ses généralisations, se limite toujours et refoule les organes sans les pénétrer. C'est, du moins, ce que l'on peut constater macroscopiquement.

L'*utérus* est diminué de volume. Sa cavité ne mesure pas plus de 4 centimètres de largeur. Les fibres sont pâles. Nous aurions de la peine à reconnaître l'organe sans la saillie des stries de l'arbre de vie, qui ne permettent aucune hésitation. Cet organe qui, il y a deux mois et demi, contenait un fœtus, possède actuellement le volume d'une noix.

La *vessie* est moins serrée que les autres organes ; elle ne possède pas moins des noyaux de généralisation dans ses parois. Elle est facilement séparée de l'utérus.

Le *rectum* est fixé comme les autres parties de l'intestin.

Les *reins* sont de volume normal ; ils sont durs à la coupe. La capsule n'est pas adhérente. Pas de noyaux néoplasiques.

La *rate*, très petite, ne possède pas de noyaux secondaires ; elle n'est pas diffluente.

Dans le *foie*, on rencontre des noyaux de généralisation qui sont uniquement sous-péritonéaux et refoulent le tissu de l'organe. Le parenchyme est dur, de couleur jaune sombre ; l'organe semble diminué de volume. La vésicule est peu dilatée ; elle possède une coloration normale.

Les *poumons* offrent des noyaux au niveau du hile et de la plèvre viscérale ; ils sont blancs et de la grosseur d'une bille à jouer. La compression qui se produisait par le liquide pleural (1 litre de chaque côté), et par la pression abdominale, explique la dyspnée dont souffrait la malade. L'organe est atélectasié par zones comprenant à peu près la moitié de son volume. Les poumons ont une surface occupant la moitié à peu près de la cavité thoracique.

Le *cœur* petit, mou, flasque ; gros caillots agoniques dans le

cœur droit. L'aorte et les valvules auriculo-ventriculaires sont normales.

Etant donné l'absence des phénomènes céphaliques et les mauvaises conditions dans lesquelles nous avons fait l'autopsie, nous n'avons pas cru devoir enlever le *cerveau*.

Les *seins* incisés ne possèdent pas de noyaux néoplasiques. L'expression faisait sourdre du lait.

Examen histologique. — Nous avons pratiqué l'examen histologique d'un fragment pris au centre de la tumeur.

Après durcissement à l'alcool et coloration au picro-carmin, nous avons constaté, à un faible grossissement, que le néoplasme est composé de cellules fusiformes disposées en faisceaux. Les uns, coupés longitudinalement, forment des arcardes, que rencontrent perpendiculairement à leur direction, des faisceaux coupés transversalement. Cette disposition rappelle celle des fibres musculaires de l'utérus normal et constitue un caractère sur lequel M. le professeur Bard (qui a bien voulu contrôler notre examen) insiste beaucoup.

Nous pouvons déjà penser à une tumeur maligne d'origine musculaire lisse. A un fort grossissement (obj 6, ocul. 3 de Reichert) les cellules paraissent constituées par un énorme corps protoplasmique fusiforme possédant un gros noyau ovalaire ; autour du noyau, une substance, de couleur acajou, rappelle la substance musculaire des fibres lisses.

Il n'existe pas de substance intercellulaire. Les éléments anatomiques sont en contact les uns avec les autres, sans aucune interposition. Ce deuxième fait possède également une grande valeur, car il nous a permis d'éliminer l'idée de tumeur conjonctive maligne. La tumeur possède peu de vaisseaux.

Nous avons dissocié quelques fragments du néoplasme et d'un noyau hépatique. Tous les éléments cellulaires isolés sont nettement fusiformes et n'ont qu'un seul noyau. Quelques-uns paraissent avoir une forme triangulaire ; mais, en faisant varier le point, on voit qu'il s'agit d'éléments superposés se croisant suivant un angle plus ou moins grand.

Le *noyau hépatique* forme une masse arrondie exactement limitée et qui se trouve en contact dans une de ses moitiés avec la capsule extérieure du foie ; elle est environnée, de l'autre, par le tissu hépatique.

Les cellules possèdent, dans la majorité de la préparation, le même type que nous avons décrit précédemment ; leur coloration est vive. Les unes, d'une teinte plus franchement acajou, semblent à un état d'évolution plus avancé, d'autres ont un protoplasma plus pâle, un noyau plus volumineux et très coloré. Ce sont les plus jeunes. En certains points où ces derniers éléments prédominent, le tissu néoplasique est clair, les éléments fusiformes sont espacés, une sorte de stroma transparent mal coloré les environne. Il s'agit probablement d'un de ces îlots myxoïdes assez souvent retrouvés dans les néoplasmes de cette nature.

A la périphérie du noyau, du côté de l'enveloppe hépatique, les cellules sont plus serrées. Une couronne de cellules, à un noyau vivement coloré, existe à ce niveau. Elles sont très tassées et semblent former une barrière à l'extension de la tumeur. Du côté où nous rencontrons le parenchyme hépatique, on trouve également une trame de tissu conjonctif qui semble se continuer avec celui de l'enveloppe capsulaire. Mais ce tissu se perd bientôt et la tumeur est en contact direct dans un quart de sa périphérie avec le parenchyme lobulaire dont les éléments sont granuleux sans noyau apparent. Au pourtour de tous les lobules les cellules du foie ont subi la transformation graisseuse. Des aréoles adipeuses occupent environ le tiers externe du lobule.

Le tissu conjonctif des espaces interlobulaires n'est pas modifié en général. Toutefois, en certains points, près du noyau de généralisation, on rencontre des cellules rondes à très gros noyau, formant des traînées. Peut-être s'agit-il d'un processus d'envahissement par des cellules néoplasiques, n'ayant pas encore le type musculaire définitif.

Les capillaires des travées ne sont pas dilatés.

Rien à signaler au niveau de la veine centrale du lobule.

Le *noyau pulmonaire* a la forme d'un cône a base pleurale. La structure du néoplasme rappelant absolument celle de la tumeur primitive, nous n'avons donc qu'à signaler l'état du poumon avoisinant. Il n'existe pas de bandes conjonctives entre les deux tissus. Il semble que les alvéoles viennent directement s'implanter sur les éléments pathologiques. Elles sont affaissées, leur épithélium n'est pas altéré, il n'existe pas d'exsudat dans leur cavité. Les capillaires ne sont pas dilatés, mais dans les espaces interalvéolaires, partant de la tumeur, existent des cellules rondes dont quelques-unes, et les plus rapprochées, ont déjà le type fusiforme.

Le *fragment de l'intestin* adhérent au néoplasme ne présente que sa muqueuse, située directement au contact de la tumeur. La ligne des glandes de Lieberkuehn est très nette ; entre elles, existe une foule de cellules rondes à noyaux très vivement colorés, qui se continuent en lignes ininterrompues avec les cellules néoplasiques.

Nous avons étudié également un *fragment d'utérus* englobé par le myome. Nous avons constaté que le tissu normal est en contact avec celui du néoplasme sans interposition de tissu conjonctif. Les fibres utérines sont d'un rouge brun qui les distingue nettement de la coloration rose pâle prédominante sur les éléments nouveaux. Entre les cellules utérines, le tissu conjonctif a sa disposition normale ; entre les cellules néoplasiques, pas de stroma connectif. Toutefois, et dans ce noyau seulement, nous avons rencontré de petits îlots roses sans structure cellulaire et que l'on peut considérer, avec M. Bard, comme formés par de la fibrine conjonctive.

***

Cette observation est intéressante à plusieurs chefs. Examinons en premier lieu, l'évolution de la tumeur au point de vue clinique.

1° On sait que la grossesse donne un coup de fouet à la croissance de quelques néoplasmes. L'évolution de celui de notre malade en est un exemple. Bien plus, tout nous autorise à croire qu'il a débuté pendant cette grossesse et que cette coexistence a été pour quelque chose dans l'extrême rapidité de son évolution.

Il est un fait que nous tenons à mettre en relief : c'est l'absence de phénomènes de compression par le néoplasme sur les organes qu'il infiltre ou qui le touchent. La grossesse a évolué normalement, le développement de l'utérus n'a point été gêné, la tumeur refoulée n'a pas comprimé l'intestin. L'involution de cet utérus a été des plus faciles, la délivrance et ses suites n'ont présenté aucun incident. La lactation a été possible pendant un mois. Ceci nous permet de croire que, non seulement le myome n'avait pas un point de départ utérin, mais encore qu'il n'eut, pendant toute la grossesse, aucun contact avec la matrice ni avec les organes du petit bassin. Plus tard, lorsque pendant les deux mois qui ont suivi l'accouchement, il a contracté des adhérences avec le rectum, l'utérus et la vessie, il n'a gêné en rien le fonctionnement de ces viscères. L'intestin était englobé presque complètement et à tel point que la lumière de ce conduit était partout maintenue béante par ses attaches avec la tumeur. Malgré cela, on n'a jamais constaté ni vomissement, ni constipation, ni diarrhée. De même, dans les observations de MM. Gouillioud et Mollard, l'absence de ces troubles est soigneusement indiquée. Le fait est d'autant plus notable que la tumeur signalée par ces auteurs avait son point de départ dans la musculeuse de l'estomac.

L'œdème des membres inférieurs, constaté pendant les derniers jours de la vie, pouvait être imputable à la cachexie extrême ou au poids du néoplasme dont les 7 kilogrammes pouvaient entraver la circulation de la veine cave.

A noter également l'absence complète de douleurs.

La malade semble avoir surtout succombé à l'état de cachexie extrême dans lequel elle se trouvait. Son teint de cire jaune paille, sa grande maigreur ont permis de faire un pronostic exact. Il semblait qu'il y eût beaucoup plus d'intoxication par le cancer que d'accidents dus à son volume. L'hydrothorax seul a pu expliquer la dyspnée des derniers jours, car elle n'a débuté qu'avec l'apparition des signes d'auscultation aux bases des poumons.

Aurait-on pu songer à une intervention ? Peut-être, quelque temps avant l'arrivée de la malade. La preuve en est dans ce fait que le médecin traitant nous l'a adressée pour qu'elle soit opérée. Il était impossible, étant donné cette absence de troubles fonctionnels, de prévoir les difficultés de l'opération, alors que la cachexie n'indiquait pas la malignité du néoplasme.

Les tumeurs solides de l'utérus et de ses annexes n'ont pas d'ordinaire cette allure clinique et ne donnent pas ces noyaux englobant les organes qu'ils rencontrent. Constatée plus tôt, sans la grossesse, elle eût peut-être forcé la main du chirurgien.

Nous signalons, en outre, l'état de santé dans lequel se trouve l'enfant à qui le lait de sa mère a pu suffire pendant près de six semaines. Il serait utile de savoir si des sujets nés dans de telles conditions ne sont pas prédisposés aux néoplasies. Nous suivrons son évolution autant qu'il sera possible, et nous saurons peut-être s'il n'a point dû subir le legs de sa mère.

2° L'intérêt anatomo-pathologique de notre observation est certainement aussi grand que son intérêt clinique.

Cette énorme masse de 7 kilos avait un tel développement que tout était confondu, tumeur primitive et noyaux secondaires. Il est évident que les éléments qui enveloppaient l'intestin devaient appartenir à la généralisation péritonéale.

Nous avons déjà exposé les raisons qui nous faisaient nier l'origine utérine de ce myome. Reste l'origine ovarienne ou périovarienne. Il existe des fibres lisses dans l'ovaire, il est donc possible qu'elles aient pu produire la tumeur. Nous n'avons pu trouver trace de cet organe pas plus à droite qu'à gauche, puisque de tout l'appareil utéro-ovarien, nous n'avons pu distinguer que l'utérus, grâce à l'ouverture de sa cavité dans le vagin et à la présence des stries de l'arbre de vie. On connaît la fréquence des myomes du ligament large.

La généralisation des myomes malins est exceptionnelle. Celle des tumeurs conjonctives malignes, auxquelles seules nous cro-



yons devoir réserver le nom de sarcome, se rencontre plus fréquemment. M. Tripier n'avait jamais observé de noyaux hépatiques.

L'exacte limitation de ces foyers secondaires est un caractère qui se rencontre partout. Dans le foie, dans le poumon, dans l'intestin, il y a du tissu normal et du tissu musculaire. Il existait bien au foie, au voisinage de la capsule de Glisson, un peu d'épaississement conjonctif, mais la couronne formée par ce tissu ne constituait de limite au néoplasme qu'au voisinage de deux ou trois lobules périphériques. Dans les poumons, sur l'intestin, le parenchyme touchant la tumeur ne différait de celui rencontré loin d'elle que par la présence de quelques cellules rondes embryonnaires, soit entre les alvéoles, soit entre les glandes de Lieberkühn. Peut-être s'agit-il d'éléments musculaires très jeunes, commençant à envahir le tissu adjacent ; peut-être aussi avons-nous affaire à des cellules inflammatoires.

Nous croyons devoir faire remarquer l'absence de couche musculaire de l'intestin au niveau du néoplasme. Cette couche existe peut-être, mais il est impossible de la distinguer des fibres musculaires de la tumeur.

Nous tenons également à signaler l'absence de noyaux centraux dans le poumon. Tous avaient leur base pleurale. Ce fait est-il en faveur de la transmission des éléments par la voie lymphatique nous le croyons, sans oser l'affirmer.

Ayant dénommé ce néoplasme « myome malin » et non sarcome fuso-cellulaire nous allons exposer brièvement les arguments qui peuvent justifier cette interprétation. Les distinctions histogéniques créées dans le vaste groupe des sarcomes ne peuvent être logiques que si l'on admet sans restriction la théorie de la spécificité cellulaire soutenue dans de nombreux travaux par M. le professeur Bard (1).

Ce myome malin et ses métastases rappellent exactement, par leur structure, le tissu musculaire normal. Les cellules forment de longues bandes dont les unes sont coupées parallèlement à leur longueur et les autres perpendiculairement à leur direction. Ce caractère, que l'utérus normal présente si manifestement, existe partout sans exception dans la tumeur primitive, ainsi que dans ses noyaux de généralisation. Les tumeurs malignes de nature conjonctive (auxquelles on pourrait réserver le nom de sarcomes), ont, au contraire, leurs éléments disposés dans une seule direction. Ce caractère frappe l'observateur, surtout lorsque l'examen est pratiqué avec un faible grossissement. Les cellules musculaires, en outre, sont en contact direct, sans interposition de substance intercellulaire. Les tumeurs conjonctives, quand elles ne sont par très embryonnaires, présentent entre les cellules une substance plus ou moins fibrillaire, rappelant la disposition des fibres conjonctives des tissus normaux. Nous n'avons retrouvé des éléments conjonctifs que dans les noyaux envahissant l'utérus. Il s'agissait, vraisemblablement, du tissu conjonctif de l'organe atteint n'ayant pas encore été détruit.

La cellule musculaire maligne, dans nos préparations, rappelle en tous points la cellule adulte. Comme elle, sa forme est celle d'un fuseau, n'ayant que deux extrémités amincies. Au ventre d'une cellule correspondent les parties étroites des cellules voisines. Le noyau est central, plus volumineux, plus vivement coloré dans les cellules néoplasiques ; il peut avoir, dans les éléments les plus longs et les plus minces, la forme d'un bâtonnet. Nous n'avons pas rencontré de cellules à deux noyaux. Le nucléole bien apparent semble quelquefois double. Autour du noyau existe de la substance musculaire d'une assez grande netteté. Il est exceptionnel de rencontrer des fibres lisses aussi caractérisées dans les tumeurs de cette nature et d'une telle malignité. Les cellules rondes sont très rares. Nous en avons trouvé dans les espaces portes du foie, que nous croyons devoir être envahis ultérieurement. Il s'agit probablement d'éléments très jeunes.

Il existe, en quelques points du néoplasme, une disposition cellulaire toute spéciale. Déjà, dans les tumeurs utérines Cruveilhier avait rencontré des faits analogues. Il les considérait comme des parties œdémateuses avec géodes gélatineuses. Virchow les avait groupés sous la rubrique des myomes. Les cellules y possèdent, en effet, une forme vaguement triangulaire avec un gros noyaux. Entre elles, on rencontre une substance amorphe transparente assez abondante. Des vaisseaux embryonnaires la sillonnent en assez grand nombre. Quelques auteurs considèrent ces parties comme ayant subi une dégénérescence spéciale. M. le professeur Tripier y voit, au contraire, des points plus jeunes, étant donné leur richesse en vaisseaux embryonnaires. Il ne s'agit pas de myomes, c'est-à-dire de tumeurs du tissu conjonctif lâche de l'adulte ou de l'embryon tissu analogue à celui de la gélatine de Warthon ou du corps vitré). Mais, nous sommes en présence de parties myxoïdes d'un myome, parties très jeunes, ayant à cet état très embryonnaire une disposition spéciale.

C'est grâce à l'ensemble des caractères que nous venons d'énumérer que nous avons cru pouvoir affirmer l'origine musculaire de notre tumeur. Nous sommes persuadés que la plupart des cas de fibro-myomes utérins signalés comme ayant subi la transformation sarcomateuse ne sont que des tumeurs musculaires devenues malignes.

(1) Bard. — « Spécificité cellulaire ». *Semaine médicale*, 1894, et *Congrès de Chirurgie*, 1894.

REVUE RUSSE

G. Lebedev. — TRAITEMENT DES AFFECTIONS INFLAMMATOIRES, NOTAMMENT BLENNORRAGIQUES, PAR UNE SOLUTION ALCOOLIQUE D'IODE ET D'ALUMNOL. (*Thèse de Saint-Pétersbourg*, 1898.)

On sait combien sont rebelles certaines métrites blennorragiques. Déjà en 1895 Grammaticati, de Tomsk, avait conseillé les injections intra-utérines d'une solution alcoolique d'iode et d'alumnol. Depuis cette époque, la méthode de Grammaticati s'est très répandue en Russie et a fait l'objet de plusieurs travaux.

Actuellement G. Lebedev a fait l'essai systématique de ce traitement sur 37 malades de la clinique gynécologique de Saint-Pétersbourg. Sur ces 37 malades, 10 appartenaient à l'hôpital, les autres venaient à la consultation.

La plupart (25) souffraient de lésions annexielles (salpingites doubles et ovarites) ; dix d'entre elles avaient de l'hydrorrée tubaire ; deux, de la péri-salpingite. Toutes ces affections étaient devenues chroniques : il n'y eut que 5 cas aigus. Chez 18 malades, l'examen microscopique des sécrétions décela le Gonocoque. La plupart avaient subi sans succès divers traitements.

Lebedev pratiquait ces injections au moyen d'une seringue ordinaire de Braun, d'une contenance de 2 grammes, avec ou sans dilatation préalable du col. Le liquide employé était la teinture d'iode, à laquelle il ajoutait, dans des proportion diverses, une solution alcoolique à 1 pour 10 d'alumnol. Les injections se pratiquèrent journellement, chaque malade en reçut une quarantaine.

Au début, on n'injecte que quelques gouttes, on augmente ensuite jusqu'à deux grammes de solution (toute la contenance de la seringue). Pendant le traitement Lebedev fit systématiquement l'examen au point de vue gonococcique et même examina au microscope des fragments de muqueuse utérine pour se rendre compte des modifications opérées sur elle par les injections.

Il est ressorti de ces essais, si méthodiquement conduits, que les injections de teinture d'iode alumnolée sont un moyen puissant contre les affections inflammatoires de l'utérus et des annexes. La métrite disparaît rapidement, de même que les Gonocoques, dans les sécrétions utérines. Les lésions des annexes guérissent ou du moins s'améliorent dans une notable mesure pour les cas très anciens et rebelles. La périmétrite guérit et les organes du petit bassin reprennent leur mobilité. Au début, les métrorragies, notamment lors des règles, diminuent ; parfois même les règles disparaissent complètement ; mais elles reviennent ensuite, beaucoup plus régulières.

Les injections sont surtout efficaces dans les cas récents de métrite ou de salpingite. Si on ajoute qu'elles sont parfaitement indolores, on aura, d'après Lebedev, un des meilleurs traitements médicaux des inflammations génitales.

A propos des injections iodées à l'alumnol, rappelons que *Orloff* (*Wratch*, n° 54, 1897) les a employées avec succès dans les ménorragies graves.

L'auteur cite un cas ou l'hémorragie durait depuis 14 jours, et où les injections provoquèrent un arrêt de cette perte de sang, et régularisèrent ensuite l'apparition des règles.

V. Kopitovsky. — EXAMEN DES EXSUDATS GÉNITAUX DES PROSTITUÉES AU POINT DE VUE GONOCOCCIQUE. (*Kronika Lekarska*, 3 mars 1898, et *Wratch*, n° 19, 1898.)

V. Kopitovsky a fait un examen circonstancié des exsudats génitaux de plus de 300 prostituées, au point de vue gonococcique. Chez 100 prostituées, il fit la recherche du Gonocoque dans les sécrétions du col : les Gonocoques furent trouvés chez neuf Femmes (9 %). Cette proportion est légèrement accrue à la suite des règles, puisque, chez 108 Femmes, le mucus utérin montra le Gonocoque dans 11 cas (10 %). L'auteur a examiné, chez 25 Femmes, le canal de l'urèthre : il trouva 15 fois le Gonocoque (60 %) en très grande quantité ; chez 16 autres il s'adressa au liquide bartholinique et constata 4 fois (25 %) le Microbe pathogène. L'auteur *n'a jamais trouvé le Gonocoque dans le vagin.*

En se basant sur ces données, on voit que les règles n'ont aucune influence sur la présence ou l'absence du Gonocoque, comme on a longtemps voulu le croire. Le principal foyer de l'infection blennorragique est l'urèthre et la glande de Bartholin. C'est sur ces deux parties que le médecin inspecteur doit spécialement attirer son attention pour déclarer une prostituée malade et l'envoyer à l'hôpital.

G. K. Minkevitch. — CICATRISATION DE LA PLAIE ABDOMINALE A LA SUITE DES LAPAROTOMIES. (*Thèse de Saint-Pétersbourg* et *Wratch*, n° 18, 1898.)

G. K. Minkevitch vient de publier un grand travail sur une des questions qui intéressent vivement les opérateurs : la cicatrisation de la plaie cutanée. La question est d'autant plus intéressante à aborder que, actuellement, la laparotomie trouve dans l'hystérectomie un adversaire redoutable : on sait, en effet, que les partisans à outrance de cette dernière invoquent surtout la fréquence des hernies et des éventrations à la suite des laparotomies.

La question de la cicatrice abdominale est du reste assez compliquée: dans toute cicatrisation, et dans celle de la paroi abdominale en particulier, entrent en ligne de compte un grand nombre de facteurs : choix de la ligne d'incision, manière de la pratiquer, stérilisation de la peau, choix de la suture, etc. La plupart des auteurs qui se sont occupés de la question insistent particulièrement sur l'un quelconque de ces points, aucun ne les groupe et ne les coordonne: la plupart s'occupent surtout de la façon d'avoir une cicatrice qui ne prête pas à l'éventration et aux hernies abdominales et se laissent guider plutôt par des impressions personnelles que par des données tirées des faits eux-mêmes.

G. K. Minkevitch, en étudiant avec soin tout ce qui a été publié jusqu'ici à ce sujet, est arrivé à cette première conclusion qu'on ne peut poser des règles absolument fixes et qu'il faut avant tout se laisser guider par la particularité des cas. Les facteurs les plus importants, surtout pour prévenir les hernies abdominales, sont les suivantes : 1° choix de la ligne d'incision ; 2° choix du fil ; 3° choix de la suture.

Pour ce qui est du premier facteur, lorsque la paroi abdominale est normale, il faut choisir la ligne médiane : en effet, c'est sur cette ligne que la cicatrisation rétablit presque l'état anatomique normal, la paroi se tendant assez symétriquement. Pour ce qui est du second facteur, aucun fil ne paraît présenter tous les avantages. Le meilleur est encore la soie, qui n'a qu'un inconvénient : la facilité avec laquelle il s'infecte secondairement. Quant au dernier facteur, une question se pose avant tout : faut-il préférer la suture à un plan ou la suture à deux plans ? Les expériences entreprises à ce sujet par le prof. La Torre ne tranchent pas la question, celles-ci ayant porté sur des Chiens et les résultats ne pouvant que difficilement se reporter à l'Homme. Cependant, c'est le point le plus intéressant, et pour l'opérateur et pour la malade, ne fût-ce que pour cette raison qu'une suture à un plan ne dure qu'une dizaine de minutes, tandis que celle à plusieurs plans peut prendre jusqu'à une heure. M. Minkevitch a cherché à résoudre cette question par l'examen microscopique des cicatrices obtenues de l'une ou de l'autre manière. Il pratiqua à cet effet dans le laboratoire du prof. Lebedev, 19 cicatrices, dont 11 dues à une suture sur un plan et 8 sur plusieurs plans. Les conclusions pratiques de ces recherches furent que non seulement la suture sur un plan (suture en masse) est bonne, mais qu'elle est *meilleure* que la suture à plusieurs plans. La cohésion des divers feuillets de la paroi abdominale s'obtient mieux avec la suture en masse qu'avec la suture à plans, si toutefois l'opérateur prend la précaution, au moment du passage de l'aiguille, de percer le péritoine et la peau aussi près que possible de l'incision, mais l'aponévrose un peu plus loin. Voici les avantages de la suture en masse sur la suture à plans: 1° rétablissement plus facile de la nutrition de la cicatrice (il n'y a jamais de portions sphacélées, comme cela arrive fréquemment avec la suture à plans) ; 2° moindre traumatisme des tissus ; 3° absence de corps étrangers provoquant l'irritation et l'infection secondaire (fistules, etc.). Si on ajoute à ces trois avantages, la rapidité de la suture en masse, on pourra conclure avec Minkevitch, qu'il faut toujours employer celle-ci dans les cas d'un abdomen normal ou d'une épaisseur moyenne, et ne se servir de la suture à plans que quand la paroi est ou trop épaisse ou trop mince.

L. WEBER.

REVUE DES THÈSES

J. Hallé. — RECHERCHES SUR LA BACTÉRIOLOGIE DU CANAL GÉNITAL DE LA FEMME. ÉTAT NORMAL ET PATHOLOGIQUE. (*Thèse de Paris*, 1897-1898.)

Le nombre des travaux relatifs à la Bactériologie du canal génital de la Femme est considérable et il semblerait que les auteurs qui ont étudié le sujet l'aient épuisé, au moins pour quelques années ; en réalité, il n'en est rien, et les études si consciencieuses exécutées par MM. Krönig et Menge (1) sont incomplètes; en effet, comme leurs devanciers, ces auteurs ont presqu'entièrement méconnu les Microbes anaérobies. Aussi, n'est-ce pas là un des moindres mérites du beau mémoire de M. Hallé d'avoir réussi à mettre en lumière le rôle de ces Microorganismes. Au début, ce savant s'était surtout préoccupé des aérobies; mais les quelques cas, où il fit des cultures à l'abri de l'air, lui ayant permis d'isoler des espèces strictement anaérobies, lui montrèrent qu'il « était indispensable, pour étudier chaque sécrétion normale ou pathologique du canal génital de la Femme, de se préoccuper des espèces ne poussant que dans le vide ». En procédant ainsi, M. Hallé nous a dévoilé tout une flore nouvelle dont l'importance, au point de vue pathologique, est indéniable.

Il convient, d'autre part, d'insister sur la précision des observations de l'auteur ; les milieux de culture ont été l'objet d'un choix judicieux et, grâce à leur nombre ainsi qu'à la technique employée, M. Hallé a pu faire connaître une flore plus abondante qu'on ne le soupçonnait. Ces procédés perfectionnés expliquent les divergences qui existent dans les observations de M. Menge et de M. Hallé. M. Menge s'est toujours servi de plaques d'agar ou de gélose additionnée de liquide kystique. Or cette méthode, comme M. Hallé a pu s'en assurer, ne convient qu'aux espèces vivaces et expose à bien des erreurs. Les larges surfaces des plaques se dessèchent et les espèces fragiles ne se différencient pas ; au contraire, la méthode des tubes volumineux, ensemencés en dilutions successives dans le bouillon du fond, donne des surfaces humides, et facilite la multiplication des espèces délicates.

Parmi les conclusions les plus importantes qui se dégagent du travail de M. Hallé, nous citerons les suivantes :

I. *Flore du vagin et de la vulve de la Femme et de l'Enfant.*

Sur la vulve de la Femme et de l'Enfant existent, à l'état normal des Organismes en nombre assez considérable.

La plupart de ces Organismes sont ceux du vagin.

Le vagin contient, à l'état normal, des Microbes et des Microbes strictement anaérobies. Les Organismes anaérobies paraisssent souvent augmenter de nombre dans la profondeur du vagin et abondent dans le bouchon muqueux du col utérin. A partir de ce point, le canal génital (utérus, trompe) ne contient pas de germe à l'état normal.

Les Organismes aréobies du canal génital sont surtout :

1) Un Streptocoque non pathogène, qu'il est possible de différencier du Streptocoque pyogène.

2) Deux espèces de Bacille, qui se rapprochent de celui de la diphtérie par leur caractère de culture sur sérum, mais que l'ensemble de leurs caractères et leur innocuité pour l'Animal montrent être des espèces distinctes du Bacille de Löffler.

3) D'autres formes bacillaires non pathogènes.

Aucune de ces espèces aérobies de la partie microbienne du canal génital n'est pathogène pour l'Animal.

Les Microbes anaérobies de la flore normale du vagin, du col, et de la vulve, sont susceptibles d'amener chez l'Animal des abcès et des gangrènes, quelquefois mortelles, quand on les inocule en culture pure.

II. *Bartholinites.*

Dans les bartholinites à pus simple, on trouve le Gonocoque.

Dans les bartholinites a contenu fétide, on trouve toujours des germes anaérobies. Ces germes peuvent exister seuls dans le pus, ou associés à d'autres espèces aérobies, le Gonocoque de Neisser le plus souvent.

La fétidité du pus des bartholinites est due à la présence des germes anaérobies. Les espèces anaérobies trouvées dans le pus des bartholinites sont identiques à celles que l'on peut isoler du vagin de la Femme à l'état sain.

III. *Vulvo-vaginite des petites filles.*

Le Gonocoque de Neisser est l'agent habituel des vulvo-vaginites des petites filles et les rares écoulements où il n'y a pas de Gonocoque relèvent presque tous de causes banales, et ne contiennent pas d'Organismes spécifiques, les Organismes observés dans ces cas étant ceux qu'on trouve dans le conduit vulvo-vaginal sain. Enfin il existe chez l'enfant, avant la puberté, de très rares écoulements dans la genèse desquels les Microorganismes en semblent jouer aucun rôle.

En somme, le lecteur trouvera dans le mémoire de M. Hallé un exposé fort clair et bien documenté des travaux antérieurs ; d'autre part, par ses recherches personnelles, l'auteur nous dévoile l'existence de toute une flore nouvelle dont la connaissance a une grande importance pour le clinicien.

(1) *Semaine Gynécologique*, p. 169, 241, 250, 1897.

R. PICHEVIN, *Directeur-Gérant*.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE DAIX FRÈRES.
Maison spéciale pour Journaux et Revues.



SOMMAIRE

UN APERÇU DE LA MONOGRAPHIE DE M. FABRE-DOMERGUE

sur les « Cancers épithéliaux » (1)

Par le Dr PAUL PETIT.

Je dirais volontiers que l'apparition du livre de M. Fabre-Domergue constitue un véritable événement scientifique, si l'auteur n'avait déjà émis à la Société de Biologie les principales propositions qu'on y trouve.

Laissant à mon collègue M. Pettit (2), le soin de donner une exposition détaillée de cette œuvre puissante, je me bornerai pour ma part à butiner çà et là les matériaux d'une analyse élective et parfois critique, à l'usage du praticien désireux qu'on lui départage les légitimes espérances du laboratoire de ses vaines promesses, désireux aussi de saisir, au milieu de phénomènes complexes auxquels il ne saurait s'attarder, les éléments les plus essentiels du diagnostic histologique.

A l'*état normal :*

Dans les *épithéliums de revêtement*, on trouve toujours une *membrane basale*, d'aspect hyalin, et une *couche basilaire* de cellules appliquées à la face extérieure de cette membrane ; d'autre part, le plan axial des cellules qui évoluent vers l'extérieur est toujours parallèle à celui de la couche basilaire, de façon à ce que soit assurée l'extériorisation des cellules les plus âgées. Le processus de *kératinisation* normale aboutit à la formation d'une couche d'épaisseur variable suivant les régions.

Dans les *épithéliums des glandes dermiques* (M. Fabre laisse de côté les glandes plus hautement différenciées, *conglomérées*, comme le foie, dont l'épithélium est au contact direct de l'élément vasculaire) on trouve également : une membrane basale formée, soit d'une substance hyaline, comme celle de l'épithélium de revêtement, soit de cellules conjonctives juxtaposées ; d'autre part, une couche basilaire adossée à la membrane du côté du tube glandulaire. Le plan de division des cellules est toujours parallèle à celui de cette couche, de façon à permettre l'élimination des cellules vieillies, par l'intermédiaire de la lumière glandulaire. Le processus de *sécrétion* normale aboutit à la formation d'une ou deux couches de cellules superposées, rarement davantage.

Dans la tumeur, il y a *désorientation de la cytodiérèse « par rapport au tissu dont elle détermine l'accroissement »*. C'est là « la seule cause tangible de la formation des tumeurs ».

Mais cette désorientation a des degrés : en ce qui concerne particulièrement les tumeurs épithéliales, les principaux de ces degrés, avec les modifications de tissus correspondantes, constituent les éléments d'une classification rationnelle, classification cependant schématique comme toute autre, car elle supprime les termes intermédiaires, variables à l'infini.

Euthéliome. — L'*Euthéliome est la tumeur épithéliale qui se rapproche le plus du développement normal.*

On peut même dire que, dans l'adénome type, le développement est le même qu'à l'état normal. L'adénome type, d'après la définition de Cornil et Ranvier, adoptée par M. Fabre, est « *une tumeur glandulaire* évoluant sous la forme du tissu glandulaire normal, sans hyperplasie, ni hétéropie de son épithélium de revêtement ».

« Ce qui caractérise l'adénome », nous dit M. Fabre, « c'est la régularité de l'orientation cellulaire dans la direction de la lumière de la glande, le petit nombre de couches cellulaires (une ou deux) qui constituent le revêtement épithélial et enfin la limitation bien nette de ce revêtement épithélial, en dehors, par la membrane basale, en dedans, par la ligne continue et régulière des cellules contiguës à la lumière du tube. Mais les adénomes qui possèdent réellement tous ces caractères ne sont pas communs. » Nous serions tentés d'ajouter : excepté pour la muqueuse utérine, si M. Fabre, malgré sa haute compétence, ne manifestait son hésitation à catégoriser les hyperplasies bénignes de l'endométrium. « Les glandes utérines, dit-il, sont aussi le siège de proliférations néoplasiques qui semblent se rapporter, dans beaucoup de cas, à l'adénome. Quoique le matériel ne m'ait pas manqué, grâce à l'aimable empressement de mon ami Pichevin, chef du service gynécologique à l'hôpital Necker, je ne suis point en mesure de fournir d'observations probantes sur ce sujet. Il est à présumer que certaines formes décrites sous le nom de métrites touchent de près à l'adénome ; mais, d'autre part, tant que la prolifération ne donne pas lieu à la formation d'une tumeur bien limitée — tumeur que nous n'avons pas encore rencontrée — la distinction est bien difficile à établir. » Cette tumeur, que n'a pas rencontrée M. Fabre, est pourtant assez commune, car elle n'est autre que le polype muqueux. Pour ma part, je ne demande en la circonstance, à l'histologie, de se prononcer que sur la bénignité de l'hyperplasie et, pour ce qui est de la différencier de l'inflammation, la clinique me suffit : je me refuserai en effet toujours à considérer comme de nature inflammatoire ces faits si communs de métrorrhagies, sans écoulement muco-purulents, avec hyperplasie glandulaire de forme adénomateuse et qui guérissent si bien d'un coup de curette *mousse*, sans pansements intra-utérins consécutifs.

L'euthéliome de revêtement présente un certain degré de désorientation, d'où involution plus ou moins marquée de l'épithélium dans le derme sous-jacent, mais « l'évolution cellulaire a gardé la direction centrifuge assez accentuée, pour que tous les éléments, arrivés au terme ultime de leur existence puissent sans difficultés se séparer de la couche cellulaire qui leur a donné naissance ». Dans l'euthéliome de revêtement, la membrane basilaire « ne subit aucune rupture ni disjonction ».

Cette espèce néoplasique comprend le *papillome* et l'*euthéliome kystique* ayant pour origine une inclusion épithéliale congénitale.

Epithéliome. — *L'épithéliome type résulte d'un degré déjà avancé de désorientation cellulaire* qui aboutit : 1° pour l'épithélium de revêtement : à l'étranglement et à la séparation de lobules épithéliaux, puis à l'évolution, pour leur propre compte, avec une orientation propre de leurs éléments, de ces lobules isolés dans le stroma ; 2° pour l'épithélium glandulaire, à la prolifération des cellules sur plusieurs couches, sans que pourtant la lumière glandulaire soit complètement obstruée.

Ainsi, dans les lobules de l'*épithéliome de revêtement pavimenteux adulte* (*épithéliome pavimenteux lobulé* des auteurs) peut-on voir un « agencement concentrique de cellules d'âge de plus en plus avancé aboutissant à la formation d'une couche cornée également concentrique au globe épidermique ». Dans la majeure partie des cas, il est vrai, la désorientation revêt des formes plus compliquées et plus variées, mais qui sont toujours « fondamentalement identiques ». Ainsi, « parfois la kératinisation atteint successivement toutes les cellules d'un îlot épithélial, jusques et y compris la couche basilaire de celui-ci ; parfois l'on trouvera, de place en place, dans l'épaisseur du lobule de petits globes épidermiques. » Parfois encore dès que « la cellule est repoussée hors de la couche basilaire par le développement de ses sœurs plus jeunes, elle évolue pour son propre compte et atteint le terme de son existence, c'est-à-dire de la kératinisation, sans lien aucun avec ses voisines ; il en résulte alors une accumulation de sphères de kératine dont chacune est le dernier vestige d'une cellule parvenue à son complet développement. »

Dans l'*épithéliome pavimenteux embryonnaire*, les bourgeons

(1) FABRE-DOMERGUE : Les cancers épithéliaux. G. Carré et C. Naud, éditeurs, 1898.

(2) Je crois devoir faire remarquer aux bibliographes que le nom de M. Pettit qui a collaboré avec M. Pichevin à d'importants travaux histologiques s'écrit avec 3 T. Dr Paul PETIT.

épithéliaux demeurent à l'état embryonnaire, état que présentent normalement chez le fœtus les bourgeons destinés à la formation des glandes. Les cellules bordantes des îlots, « plus allongées que les autres, conservent une orientation parfaite par rapport au centre des îlots » vers lequel sont dirigés leurs grands axes. Le centre de l'îlot est occupé par des cellules qui ont terminé leur évolution, cellules en dégénérescence muqueuse ou se rapprochant de la dégénérescence kératinique ou parfois même s'identifiant à la kératinisation franche. L'espace compris entre cette dégénérescence centrale et les cellules bordantes est rempli de cellules jeunes « très uniformes comme taille et comme aspect ». Les épithéliomes tubulés de MM. Cornil et Ranvier correspondraient, pour une part, à l'épithéliome pavimenteux embryonnaire et, pour une autre part, aux carcinomes soit dermiques, soit glandulaires, tels que les interprète M. Fabre.

Le diagnostic histologique de l'*euthéliome* et de l'*épithéliome* peut présenter certaines difficultés qu'il est le plus souvent possible de vaincre à l'aide de coupes suffisamment claires, *en séries* suffisamment fournies et convenablement orientées. Ainsi, par exemple, les différences de l'évolution kariokinétique entre le papillome et l'épithéliome de revêtement peuvent être assez difficiles à saisir dans certains cas. D'autre part, si les résultats de cette évolution différente (à savoir saillies épithéliales interpapillaires toujours en continuation avec le revêtement dans le papillome ; lobules isolés de ce revêtement dans l'épithéliome) apparaissent clairement lorsque les lobules épithéliomateux sont enfoncés très profondément dans le stroma, lorsqu'il n'y a pas diversité trop grande dans l'incidence des papilles et des saillies épithéliales compénétrées du papillome.., dans les conditions contraires, quand la tumeur est jeune, quand les papilles sont contournées et intriquées de la façon la plus variée, le diagnostic devient plus délicat : on y arrive pourtant en se repérant sur un certain nombre d'îlots épithéliaux douteux et les suivant sur une série suffisante de coupes perpendiculaires, de la profondeur à la surface.

« De même, pour bien discerner, dans les cas douteux, si l'on a bien affaire à l'adénome, il est nécessaire d'effectuer sur les tissus des coupes extrêmement minces et passant par divers points du néoplasme. Presque toujours, en effet, les tubes de l'adénome sont assez étroits et contournés sur eux-mêmes ; il peut arriver alors que, sur les coupes épaisses, on prenne pour des lobules d'épithélium massif, soit des coupes tangentielles de tubes, soit même des acinis tout entiers, qui, grâce à leur petite taille, échappent à l'action du rasoir. C'est là un écueil qu'il suffit d'ailleurs de signaler pour mettre chacun à même de l'éviter. »

« Certaines formes d'altérations cellulaires qui se rencontrent souvent dans les glandes, en dehors de toute affection néoplasique, peuvent en imposer pour de l'épithéliome. L'inflammation aiguë ou chronique détermine souvent, non seulement une altération profonde du tissu conjonctif périglandulaire, mais parfois aussi diverses modifications de la cellule secrétante. Tantôt le revêtement épithélial s'atrophie et se résorbe ; tantôt il subit une hypertrophie notable, tout en conservant son aspect et son implantation normale ; tantôt, enfin, on le voit subir une dégénérescence plus profonde qui, portant sur le noyau et sur le corps cellulaire, en altère profondément la forme. Or, lorsqu'on est en présence d'un fragment minime de tissus suspect, comme c'est le cas, par exemple, dans les examens de muqueuse utérine provenant du curage explorateur, et que rien ne permet de contrôler l'examen de la région glandulaire qui sert d'unique pièce à conviction, force est bien de chercher dans l'étude cytologique du tissu un élément de diagnostic. Les cas d'atrophies et d'hypertrophies glandulaires sont d'ordinaire assez faciles à élucider ; il n'en va pas de même de ceux où la cellule glandulaire a subi des altérations qui en altèrent la forme et les rapports. Dans un de ces cas provenant d'une muqueuse utérine sinon microscopiquement normale, du moins absolument, indemne de toute manifestation néoplasique, l'examen d'un lambeau de muqueuse joint à un ensemble de faits cliniques, faisait pencher fortement la balance en faveur d'un cancer utérin évoluant sous la forme d'épithéliome glandulaire. Peut-être aussi serait-on resté dans le doute si, par suite d'autres circonstances, l'ablation de l'utérus ne s'était imposée et n'avait permis de constater l'absence complète de toute prolifération néoplasique. En réalité, on se trouvait ici en présence d'une métrite caractérisée par la dégénérescence granuleuse des cellules, aussi bien que par l'hypertrophie des culs-de-sac glandulaires. En effet, l'examen de la couche cellulaire permet de reconnaître que si ses éléments constituants se sont gonflés au point de confondre leurs parois et de former une sorte de syncitium, l'orientation des noyaux qui persistaient encore n'a pas changé ; que leur direction est restée toujours centrifuge et qu'ils ne forment, en réalité, qu'une ou deux assises. L'épaississement de la couche glandulaire, épaississement qui peut aller, parfois, jusqu'à l'obturation complète de la lumière du tube, provient non de l'hyperplasie cellulaire, mais de la dégénérescence et du gonflement de tous les éléments. Les noyaux eux-mêmes participent à cette altération et ne contiennent plus que des grains chromatiques épars, faiblement colorables, au lieu du riche réseau qu'ils présentent d'habitude. »

Carcinome. — Le *carcinome est le dernier terme de la désorientation cytodiérétique*. Ici les éléments subissent leurs phases d'évolution d'une façon indépendante de celle des éléments voisins. « La seule direction qu'ils reconnaissent, c'est celle que leur indiquent les points de moindre résistance. » Ici, plus de membrane basale ou limitante, plus de couche *basilaire*. Les cellules épithéliales se développent et se mélangent sans aucun ordre. C'est l'anarchie complète.

Comme l'épithéliome, le carcinome peut évoluer dans le sens adulte ou bien se présenter sous une forme manifestement embryonnaire.

—

Tout en établissant nettement les caractères des trois grandes classes de tumeurs épithéliales, *Eutheliome*, *Epitheliome*, *Carcinome*, M. Fabre insiste beaucoup sur cette idée capitale, à savoir qu'elles font partie d'un *processus pathologique unique* et qu'entre les degrés principaux qu'elles représentent il y a place pour des variétés sans nombre. Autrement dit, la notion de la spécificité absolue des tumeurs est fausse. « Elle est, de plus, nuisible, parce qu'elle voue l'esprit de l'observateur non prévenu à l'incertitude et à l'indécision toutes les fois qu'au lieu de tomber sur une des formes qu'on lui a présentées comme types, il rencontre une tumeur de transition, de passage d'un type à un autre. »

Il y a plus : on peut trouver, dans une même tumeur, des degrés divers de ce processus pathologique unique. Par exemple, « Si les épithéliomes glandulaires sont moins rares que les véritables adénomes, il n'en est pas moins assez difficile de rencontrer des tumeurs qui évoluent entièrement sous cette forme, sans présenter dans quelques-unes de leurs parties une désorientation plus complète et une tendance à la transformation en carcinomes. » De même, dans un cas d'épithéliome pavimenteux embryonnaire, l'auteur nous fait remarquer la formation, en certains points, du fait d'une déviation kariokinétique plus accentuée, de tourbillons ou nids cellulaires inclus dans des masses épithéliales encore pourvues à leur périphérie de couche basilaire et il voit dans cette particularité un *acheminement localisé* de l'épithéliome au carcinome. — Dans le papillome, également, on peut voir çà et là certaines cellules épithéliales se kératiniser trop hâtivement, contrairement à l'évolution normale, tout comme si elles étaient cellules de carcinome, etc., etc.

Comment donc établir la caractéristique de pareilles tumeurs ? La solution de ce problème, à première vue assez aride, devient pour M. Fabre très simple : *il lui suffit de rechercher les points où l'on trouve le degré de désorientation le plus marqué, et ce degré même représentera la caractéristique cherchée.*

Combien ces considérations sont justes et précises et que nous voilà maintenant à l'aise dans ces cadres moins étroits, pour apprécier les faits cliniques ! On peut dire qu'à la lumière de ces documents nouveaux, toute l'histoire des tumeurs et, particulièrement, en ce qui nous concerne, l'histoire des tumeurs conjonctives de l'utérus et des kystes de l'ovaire, est à refaire. D'autre part, qu'on ne demande donc plus à l'histologiste plus qu'il ne peut et doit faire, à l'heure présente, et qu'à défaut du mot en accord avec les clichés connus, on sache se contenter parfois d'une réponse concluant à une certaine tendance évolutive... Cependant, pour peu qu'on hésite à lui servir l'un

des termes qui cadrent avec la simplicité schématique de sa science, longtemps encore on verra tel chirurgien, en de pompeux congrès, proclamer la faillite du laboratoire et le droit du couteau à passer outre.

—

L'idée fondamentale de la désorientation cellulaire ne sert pas seulement à M. Fabre à établir la pathogénie générale des tumeurs, leur classification, leurs rapports ; elle constitue également pour lui la base principale de leur pronostic et jette une vive lumière sur certains détails de leur évolution clinique, tels que l'*ulcération* et la *cachexie* propre au cancer.

Assurément le *pronostic*, comme on le sait depuis longtemps, se modifie : 1° D'après la résistance du stroma conjonctif, variable suivant l'âge du malade, l'organe envisagé ; 2° D'après le degré d'organisation du tissu épithélial, d'après le stade auquel s'arrête son évolution ; ainsi le cancer embryonnaire est-il plus grave que le cancer adulte. Mais *ce qui fait surtout la gravité d'une tumeur épithéliale, c'est le degré de la désorientation cellulaire.*

C'est aussi l'intervention de ce phénomène qui explique l'*ulcération* des tumeurs : « Tant que l'épithélium subit normalement sa dégénérescence physiologique, ses cellules plus âgées, modifiées en vue d'une plus grande résistance, se trouvent tournées vers l'extérieur ; ses cellules les plus jeunes occupent, au contraire, les couches profondes. Le premier résultat de la désorientation cellulaire est de transformer plus ou moins profondément cet état de choses..... »

De même, la cachexie spéciale produite par le cancer semble due à la rétention des produits nuisibles du fait de la désorientation cellulaire. « En effet les excrétions dermiques et glandulaires, dont le sort physiologique normal est de subir une élimination continue, subissent d'autant moins cette élimination que la désorientation cellulaire est plus accentuée, car cette désorientation inclut dans le derme les globes épidémiques et détermine les dépôts intracanaliculaires et intracellulaires des tumeurs glandulaires. » Les inoculations de suc cancéreux faites par Moreau à la souris blanche, l'existence de la cachexie essentielle dans l'épithéliome et son absence dans le sarcome viennent bien à l'appui de cette opinion.

—

Si M. Fabre nie la spécificité des tumeurs épithéliales, il est au contraire partisan de la spécificité de leurs éléments, de l'existence au sein des tissus, où elles naissent, d'un épithélium préformé.

Pour lui, la tumeur épithéliale se développe : 1° Par *transformation* des éléments normaux et, le plus souvent, des éléments d'un seul tissu épithélial, par exemple épithélium malpighien, sudoripare, etc. ; 2° par *irruption*, c'est-à-dire par prolifération des cellules propres au néoplasme qui détruisent les éléments sains en les comprimant et les atrophiant ; très souvent ce mode de propagation est précédé de « l'intervention des éléments mobiles du tissu conjonctif voisin de la tumeur ». Je rappellerai que cette prolifération conjonctive préparatoire, faussement interprétée naguère par Abel et Landau, leur avait fait croire à la coexistence fréquente dans l'utérus du sarcome et de l'épithélioma. Pour M. Fabre, la propagation par *migration* active des éléments épithéliaux n'est qu'une simple hypothèse.

Dans la récidive des tumeurs épithéliales, il faut distinguer la *repullulation* qui survient peu de temps après l'ablation de la tumeur et *la récidive proprement dite* qui « peut se produire plusieurs années après la plus heureuse intervention chirurgicale, soit au lieu même, soit en un endroit très éloigné de la première opération ». La repullulation s'explique par l'ablation incomplète de la masse néoplasique ou simplement de la *zone en puissance de cancer*, de la *zone de transformation*, ou bien par la greffe au cours de l'opération. La récidive proprement dite, soit sur place, soit à distance, doit être considérée « comme un second cancer primitif se développant sur l'individu pour les mêmes raisons qui ont déterminé chez lui le développement du premier ».

Les *métastases* sont toujours de nature histologiquement identique à celle de la tumeur primitive et sont, à n'en pas douter, le résultat non de la diathèse, mais du transport, par voie vasculaire, de parties détachées du néoplasme primitif.

—

« Il reste peu de faits qui puissent servir à une discussion raisonnée de l'inoculabilité des tumeurs cancéreuses. Les faits d'inoculation positive du cancer de l'homme aux animaux ou d'un animal à un autre animal d'espèce différente sont sujets à caution. L'inoculation est, au contraire, dans des conditions encore indéterminées, réalisable d'un animal à un autre animal de même espèce. » L'auteur a repris les expériences de Moreau et, si négatifs qu'ils soient, les faits qui lui sont propres, complètent et éclairent ceux relatés par Moreau.

« L'inoculation accidentelle demande, pour s'effectuer, des conditions aussi exceptionnellement favorables que les greffes expérimentales elles-mêmes. Ces conditions se trouvent au plus haut point réalisées par l'acte du rapprochement sexuel et c'est précisément au sujet des cancers des organes génitaux que l'on a observé les cas les plus nombeux de contagion par transmission directe. La femme atteinte d'un cancer de la vulve ou de l'utérus garde encore longtemps ses aptitudes à la fonction génitale, tandis que l'homme les perd beaucoup plus rapidement dans le même cas ; aussi observe-t-on le plus fréquemment la transmission du cancer des organes génitaux de la femme à ceux de l'homme. En dépit des cas assez nombreux où l'on a pu constater le cancer primitif du pénis, la coïncidence ou plutôt la succession d'un cancer de la vulve et d'un cancer de la verge chez deux conjoints vient donner à l'hypothèse de la transmission par inoculation directe une vraisemblance que détruira difficilement l'invocation d'un simple hasard. »

—

J'en ai fini avec l'analyse et les citations relatives à la première partie de l'ouvrage de M. Fabre, celle où il édifie toute une doctrine nouvelle sur l'évolution du cancer. Reste à envisager la seconde partie, celle où il examine avec la précision scientifique qui le caractérise, toutes les espérances basées sur l'intervention de parasites dans l'étiologie du cancer. Mais je ne puis être ici que très bref et comme il ne s'agit plus que d'une œuvre de destruction raisonnée, je renvoie le lecteur aux sources mêmes, pour plus ample informé.

Nul n'était mieux désigné que M. Fabre, étant données ses hautes connaissances en histologie comparée, pour procéder à cette exécution.

Les microbes de Scheuerlen, Domingos Freire, Koubassoff ne l'arrêtent pas longtemps. Pour lui, les travaux de ces auteurs déjà jugés par Baumgarten, Sänger, etc., ne sont que des « métastases littéraires dénuées de portée ». De même « la présence de microbes dans les interstices et même dans les couches épithéliales superficielles des papillomes le surprend moins que ne le ferait leur absence. » « Si, au lieu de s'adresser aux verrues ou aux papillomes de la surface de la peau, on effectue les recherches les plus minutieuses sur les productions de même nature développées à l'intérieur d'un kyste congénital, on constate que ces productions n'ont eu nullement besoin, pour apparaître, de l'intervention microbienne, et l'on conclut, avec quelqu'apparence de raison, que celle-ci est étrangère à la production des formations analogues développées à la surface des téguments. »

Pour ce qui est des levures, les véritables saccharomycoses spontanées ou expérimentales ne concordent pas avec « la présence d'une tumeur dans l'acception vraie du mot ».

Abordant, enfin, la théorie coccidienne, sans parti pris et, « mieux encore, avec l'espoir d'apporter sa part de travail à son édification », M. Fabre est tout surpris de ne rencontrer que des cadavres, voire même que des débris de cellules dégénérées partout où on lui annonce des sporozoaires. Ici la démonstration est ardue. Aussi, après avoir donné certains détails indispensables sur l'organisation des protozoaires et sur l'évolution cellulaire dans les tumeurs épithéliales, s'efforce-t-il « de prendre une à une chacune des formes soit disant parasitaires, de l'examiner d'abord au point de vue de ses caractères protozoologiques et d'y montrer la descendance directe aux dépens des cellules néoplasiques, dont elle est censée provoquer la multiplication anormale. »

Après avoir examiné « les *faits immédiats* dont l'ensemble

constitue la découverte des pseudo-coccidies », il examine les *faits connexes* plaidant aussi pour ou contre l'hypothèse parasitaire du cancer et qui se rangent sous les chefs suivants: Contagiosité — identité morphologique des tumeurs primitives et des tumeurs secondaires — gradation insensible des tumeurs épithéliales — comparaison des productions pathologiques des animaux et des végétaux.

Arrivé au terme de cette longue étude, M. Fabre-Domergue conclut ainsi : « La théorie parasitaire du cancer repose sur des observations qui n'ont entre elles aucun lien et aucune analogie.

« Les formes décrites comme des sporozoaires n'ont avec ces êtres que des ressemblances morphologiques et n'en possèdent pas les caractères.

« Toutes les pseudo-coccidies figurées jusqu'ici se rattachent, par des graduations insensibles, à la cellule néoplasique dont elles émanent par voie de dégénérescence.

« Les cancers épithéliaux des mammifères, réellement homologables à ceux de l'homme, ne présentent non plus aucune forme parasitaire.

« En essayant de démontrer la nécessité d'une étiologie parasitaire, par comparaison des cancers épithéliaux avec les galles des végétaux et les néoplasies infectieuses des animaux, l'on méconnaît l'essence même du cancer et l'on met en regard des termes qui ne sont nullement comparables entre eux. »

—

Après lecture faite de ce beau travail, le cancer, par rapport à l'individu qui le porte, n'est plus que de l'autoparasitisme; si de l'individu on descend à la cellule, ce n'est plus qu'une anarchie cellulaire, la révolte d'un ordre d'éléments donnés contre le reste de l'agrégat tissulaire et le parasite de la néoplasie épithéliale apparaît sous la forme de la cellule spécifique elle-même. Que cette cellule se comporte par rapport aux autres à la façon d'un véritable parasite, cela ne peut faire de doute. Lisez plutôt ces quelques lignes, p. 124 : « La propagation par irruption des tumeurs épithéliales dans les muscles présente des phénomènes intéressants....

Tantôt les fibres musculaires se laissent simplement englober par les cellules néoplasiques qui y déterminent peu à peu l'atrophie ; tantôt elles sont le siège d'une réaction plus ou moins intense qui se traduit par la multiplication des noyaux du sarcolemme. D'autres fois enfin, les cellules épithéliales refoulent celui-ci, le détruisent en certains points de la fibre musculaire et pénètrent à l'intérieur de celle-ci. Les cellules épithéliales se substituent à la substance contractile et se moulent pour ainsi dire dans leur sarcolemme. L'action corrodante des cellules du carcinome a été surtout bien étudiée par Volkmann sur les fibres du grand pectoral, envahi par un carcinome du sein. Cet auteur a figuré un certain nombre de fibres altérées, débarrassées de leurs éléments parasitaires et présentant un aspect déchiqueté, comparable à celui que pourrait présenter une feuille rongée par des chenilles. Les cellules carcinomateuses semblent s'enfoncer dans la cellule contractile et s'y creuser des nids comme le feraient des grains de plomb chauffés dans un cylindre de cire. »

Parfois, au lieu de parasitisme à proprement parler, il ne semble y avoir, par rapport aux éléments nobles et résistants du tissu, que simple *commensalisme*. Ainsi, dans le carcinome de l'œsophage voit-on les traînées épithéliales se couler entre les faisceaux musculaires qui se trouvent constituer le stroma de la tumeur.

—

Je n'insiste pas sur les déductions thérapeutiques de M. Fabre qui ont été données tout au long dans le numéro du 6 juillet de ce journal. Pour les poursuivre en clinique, sans doute nous faudrait-il des appareils fabriqués avec l'œil et la main d'un histologiste, car si dans un cancer de revêtement on peut figurer, comme le fait M. Fabre, l'énergie électrique, ramenant l'ordre dans l'orientation cellulaire à l'aide de deux simples plaques, on ne peut guère imaginer le même effet pour le cancer glandulaire sans l'application d'un électrode dans chaque lumière de glande.

—

En somme, nous connaissions bien déjà les principales formations de combat du cancer, mais M. Fabre nous fait véritablement assister aux modifications intimes qui y conduisent. C'est déjà un grand pas de fait, et nous voici un peu dans la position d'un spectateur qui, au lieu de voir évoluer de loin une troupe confuse, peut s'attacher de près aux mouvements plus ou moins harmoniques de tous les individus qui la composent. Reste à saisir la force dirigeante, ou mieux, peut-être, la cause d'inhibition des justes lois qui régentent la société cellulaire.... et qu'il faudrait tout d'abord bien connaître dans leur fonctionnement normal.

(Il faut être aussi prudent que M. Fabre et, comme lui, ne pas préjuger de l'avenir). Souhaitons donc, devant la faillite actuelle, sinon définitive, du parasitisme, que la cytologie puisse faire mieux et que la voie « hérissée d'obstacles », qu'elle offre aux chercheurs, nous mène enfin à la solution de cette cruelle énigme du cancer, opprobre du praticien et, tout spécialement, du gynécologue.

PSYCHOSES POST-OPÉRATOIRES

Par M. Paul REYNIER,
Chirurgien de Lariboisière.

Mon ami, M. le Dr Ozenne, dans une intéressante communication est venu nous rapporter des cas de psychose post-opératoire. Dernièrement la Société de chirurgie, à la suite d'une communication de M. Picqué, s'est longuement occupée de cette question. Le grand nombre de membres, dont j'étais, qui ont pris part à la discussion, a montré combien elle intéressait tout particulièrement le chirurgien. Il faut bien le dire, dans cette question, il s'y ajoutait presque un intérêt personnel. On nous a si souvent reproché d'être la cause de ces troubles mentaux, et surtout par nos opérations gynécologiques, que nous avions le droit de discuter le plus ou moins bien fondé de cette accusation. Or, l'avis unanime des membres de la Société de chirurgie, après examen des faits nombreux apportés dans la discussion, et faits tous concordants, a été que si des psychoses naissent quelquefois à la suite d'opérations, toutefois, le malade en est encore plus responsable que le chirurgien. Ces psychoses ne naissent que chez les prédisposés, et l'opération ne les fait pas naître de toutes pièces.

Les faits observés par M. Ozenne viennent à l'appui de cette manière de voir.

Aussi je ne veux pas rouvrir cette discussion dans cette enceinte ; elle me paraît à l'heure actuelle jugée.

Si je prends la parole, c'est que je voudrais parler des relations qui peuvent exister entre certains troubles nerveux, et l'apparition d'accidents pour lesquels on serait disposé à chercher une tout autre origine.

C'est ainsi que j'ai observé dernièrement chez deux malades de la clientèle de ville des hémorrhagies utérines, pour l'étiologie desquelles j'ai cru devoir incriminer une action cérébrale, que le relevé des symptômes, la marche de la maladie a rendu bien manifeste.

Comme ces faits ne sont pas encore bien connus, il me semble intéressant de venir vous rapporter ici mes deux observations.

Ma première malade était une femme de 40 ans, très honorable, mariée à un mari très âgé, femme très loquace, très exubérante, abusant du moi ; elle avait toujours eu depuis son enfance des règles trop abondantes. Ces hémorrhagies l'anémiaient, mais elle ne faisait rien pour les arrêter, persuadée qu'elles étaient nécessaires à sa santé.

Toujours est-il qu'au mois de novembre 1896 j'étais appelé par le Dr Martel pour cette malade, qui, depuis trois mois, perdait, et était arrivée à un tel degré d'anémie qu'elle ne pouvait quitter le lit.

A l'examen je trouvai un col utérin sain ; l'orifice par lequel suintait le sang était petit ; le corps utérin un peu gros, mais bien régulier et évidemment rempli de caillots. La malade n'avait jamais eu d'enfants ; elle n'avait eu aucun arrêt des règles, rien qui pouvait faire penser à une grossesse mécon-



nue, que l'âge du mari rendait fort improbable. Je ne sentais pas de fibrome et aucune lésion annexielle.

M. le docteur Martel ne pouvait nous formuler aucun diagnostic étiologique net. Toutefois, devant cette hémorrhagie, nous crûmes devoir proposer un curetage, qui fut accepté.

Le curetage ne ramena que des caillots, des débris de muqueuse mais rien qui pût faire penser à une fausse couche, aucun débris placentaire.

A la suite de ce curetage, l'hémorrhagie s'arrêta. La malade resta même sans avoir ses règles pendant plus de 4 mois.

Mais, immédiatement après le curetage, je fus très frappé de l'agitation de cette malade, de sa loquacité. En même temps, elle était prise d'une toux spasmodique, de cette toux hystérique si facile à reconnaître pour quiconque l'a entendue.

Rien ne put arrêter cette toux, tant que les règles ne revinrent pas. Lorsqu'elles apparurent, je le répète, au bout de 4 mois, la toux disparut. Mais les règles, peu à peu, redevinrent de plus en plus abondantes, et 10 mois après ma première opération, j'étais appelé de nouveau auprès de ma malade, qui perdait comme la première fois, et qui avait repris le lit. De nouveau, je refis un curetage avec l'aide du Dr Girod. Cette fois encore le sang s'arrêta. Mais alors, au lieu de la toux de la première fois, je vis survenir, à la suite de cet arrêt de l'hémorrhagie, des troubles mentaux fort inquiétants. La malade en voulait à son mari de m'avoir appelé, et de lui avoir fait arrêter ses pertes ; elle ne voulait plus le voir ; elle disait des phrases incohérentes. Aucun accident infectieux, grâce aux soins d'un distingué confrère, le Dr Girod, n'était toutefois survenu. On ne s'était pas servi de gaze iodoformée ; il n'y avait pas d'albumine dans les urines ; étant donnés les premiers accidents survenus à la suite du curetage, je crus, là encore, rapporter à l'arrêt de l'hémorrhagie ces troubles mentaux. Je conseillai des sangsues à la vulve.

Sous l'influence de ce traitement les accidents s'amendèrent ; mais ce ne fut que, les règles revenant, qu'ils finirent par disparaître complètement.

Ma seconde malade a été suivie moins longtemps ; son observation est donc moins nette. Toutefois, elle est intéressante à rapprocher de la première. Là encore je me suis trouvé en présence d'une hémorrhagie utérine dont je n'ai trouvé aucune cause habituelle, et que j'ai cru, comme chez ma première malade, devoir rapporter à une action cérébrale, qui m'aurait échappé probablement si je n'avais eu l'exemple de ma première malade.

Il s'agissait là encore d'une femme du monde très loquace, trop exubérante, qui mariée depuis 25 ans et n'ayant jamais eu ni grossesse, ni avortement, avait été prise de métrorrhagie, que l'aspect de l'utérus n'expliquait pas. Elle n'avait aucune trace d'infection antérieure, gonococcienne, cause si fréquente des métrorrhagies, elle n'avait eu aucun trouble menstruel pouvant faire penser à une grossesse. Elle n'avait rien eu du côté du foie, des reins. Elle n'avait rien du côté des annexes. Là encore, j'étais obligé de dire métrorrhagie de cause inconnue. Je fis un curetage, qui n'amena pour ainsi dire rien ; pas de fongosités, signe d'infection antérieure, pas de débris placentaires, signe de grossesse.

L'utérus n'était pas augmenté de volume. Il n'existait pas d'apparence de fibrome même petit.

A la suite de l'opération, cette femme devint d'une loquacité extraordinaire, rappelant celle de ma première malade. C'étaient les mêmes raisonnements absurdes, ce même abus du moi, même volubilité, cette même manière d'adresser des questions sans en attendre la réponse. Comme chez ma première malade, j'entrais et sortais de la chambre sans avoir pu placer un mot, n'ayant pu arrêter ce moulin à paroles, qui donnait l'impression d'une future paralytique générale.

Comme ma première malade, elle fut prise de toux spasmodique, qui disparut lorsque les règles revinrent. Je ne sais ce qu'il adviendra de cette malade.

Toujours est-il que là encore, devant l'impossibilité où je me suis trouvé de faire le diagnostic étiologique, devant la grande anomalie que présentait cette malade dont je vous ai parlé, j'ai encore cru devoir rattacher les hémorrhagies qu'elle a présentées aux troubles nerveux, que je relevais chez elle.

Ces faits, s'ajoutant à beaucoup d'autres qui ont été déjà signalés, montrent que, dans l'étiologie de certains troubles pour lesquels nous sommes obligés d'intervenir (on ne peut, en effet, laisser une femme s'anémier par hémorrhagie), le système nerveux entre pour une grand part. Aussi n'est-il pas étonnant que, dans ces cas, nos interventions puissent être suivies de troubles de ce côté.

(*Soc. de méd. et de chir. pratiques.*)

REVUE RUSSE

D. E. Gorokhov. — UNE STATISTIQUE D'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE. (*Thèse de Saint-Pétersbourg* et *Wratch*, n° 17, 1898.)

D. E. Gorokhov décrit les résultats de 85 hystérectomies vaginales opérées par le docteur Wagner, de Moscou. Sur ces 85 hystérectomies, 41 furent pratiqués pour cancer utérin, deux pour sarcome, 13 pour fibromes, et 29 pour métrite ou salpingite. La méthode employée fut celle de Doyen. Les pinces étaient presque toujours retirées dans les 46 heures. Sur ces 85 malades, 8 moururent après l'opération (9,4 %), et si on en excepte deux morts occasionnées par des lésions cardiaques, cela diminue le nombre à 6 (7,2 %). Les opérations ont duré de 30 à 40 minutes. Dix malades seulement ressentirent de fortes douleurs après l'opération ; chez onze autres elles furent modérées ; chez 59, faibles.

Huit fois se produisit une hémorrhagie lors de l'ablation des pinces. Le rétablissement des malades fut en général rapide : 11 à 14 jours après l'opération elles purent s'asseoir ; au 12-16e jour, elles purent marcher. Les résultats éloignés chez les cancéreuses furent suivis 14 fois. Neuf malades parmi celles-ci eurent une récidive (1 immédiatement après l'opération, 1 deux semaines après la sortie, 1 quatre mois et demi après la sortie, 1 une demi-année, 1 sept mois et demi, 1 une année après). Huit malades n'eurent pas de récidives (2 furent observées un mois après leur sortie, 4 après trois à six mois, 2 après une année et demie et deux ans).

I. Gouzartchik. — TRAITEMENT DES MÉTRITES POST-PUERPÉRALES PAR LE TAMPONNEMENT. (*Journ. des mal. des femmes*, février 1898 et *Wratch*, n° 17, 1898.)

I. Gouzartchik a employé dans 115 cas le tamponnement de l'utérus à la gaze iodoformée dans la métrite post puerpérale. Après stérilisation complète de la vulve, du vagin et du col, on introduit dans l'utérus un tampon de ouate trempé dans le sublimé au 1/1000. Après avoir promené celui-ci dans toutes les parties de la cavité, on le remplace par une mèche de gaze iodoformée trempée au préalable dans une solution phéniquée et fortement exprimée. On tamponne l'utérus de telle façon que le col ne soit pas trop bourré pour permettre l'évacuation des liquides. Ce tamponnement est renouvelé toutes les 24 heures, jusqu'à guérison. Le tamponnement a donné à I. Gouzartchik des résultats véritablement excellents : la gaze iodoformée conduit au dehors les liquides secrétés par la muqueuse utérine et celle-ci revient rapidement à son état normal. Mais le bénéfice du tamponnement ne se retire que quand, seule, la muqueuse se trouve atteinte. C'est pour cela qu'il faut le pratiquer aussitôt que possible. Dans les cas où l'inflammation s'est propagée aux parties profondes ou aux annexes, il faut abandonner le tamponnement ou ne le pratiquer qu'avec beaucoup de précautions.

Le traitement, dans les cas simples, ne détermine jamais de complications. Les ulcérations cervicales ou vaginales ne sont pas des contre-indications. Il ne faut enlever le tampon que si la malade commence à souffrir ou si elle présente une élévation de la température. Si, au contraire, la température descend, on peut laisser le tampon à demeure pendant plus longtemps. Enfin, si la température ne se modifie pas, il faut changer le tamponnement plus fréquemment : toutes les 12 heures par exemple.

G. I. Rjetchkovsky et S. A. Sirkine. — UN CAS D'HYMEN IMPERFORÉ CHEZ UNE HYPOSPADE. (*Wratch.*, n° 3, 1898.)

Une jeune fille de 19 ans se présente à l'hôpital en se plaignant de douleurs de tête et de pesanteur dans l'abdomen. De bonne constitution, jamais malade, elle fut réglée la première fois à 14 ans. Les règles furent toujours régulières et très abondantes. Au moment de son entrée à l'hôpital, elle était en pleine période menstruelle et cependant le sang n'avait pas encore paru.

On l'examine ; on constate que la vulve est parfaitement normale ; mais, en entr'ouvrant les petites lèvres, on se trouve en face d'un hymen charnu, imperforé et légèrement aminci seulement en son milieu. Par le toucher rectal, on constate que le vagin est occupé par une masse molle, fluctuante. L'orifice uréthral est largement ouvert. Devant ces symptômes on pose sans difficulté le diagnostic de rétention sanguine dans le vagin et on procède immédiatement à l'incision de l'hymen. Une section linéaire de celui-ci fit sortir, en effet, une grande quantité de sang et de caillots. Mais comme le nettoyage du vagin était assez difficile dans ces condi-



tions, on procéda à l'agrandissement de l'incision. Or, lors du toucher vaginal, on peut constater, au niveau de la paroi supérieure du vagin, un large orifice, communiquant directement avec le canal de l'urèthre, où il fut facile de passer une assez forte sonde. On se trouvait donc en face d'un hymen imperforé, compliqué d'un hypospadias, malformation assez rare chez la femme. Notons que l'utérus et les annexes étaient normaux.

Il est évident qu'antérieurement le sang des règles s'écoulait par cet orifice. Dans le cas présent, la rétention des menstrues s'expliqua assez difficilement. Voici comment les auteurs croient que les choses se sont passées. Dans cet hypospadias, pour que l'urine puisse facilement s'écouler et ne pas pénétrer dans le vagin, il faut une application assez intime de la paroi postérieure du vagin contre l'orifice et, d'autre part, une contraction assez vive des parois uréthrales. Lorsque, lors des menstruations, le vagin le remplissait de sang, celui-ci excitait la muqueuse et déterminait une contraction des parois vaginales : le sang était de la sorte expulsé par l'orifice uréthral. Mais, à mesure que l'orifice hypospadique se rétrécissait, les contractions vaginales ne suffirent plus à expulser le sang et il y eut rétention vaginale, d'autant plus inguérissable spontanément que le sang s'était coagulé en partie.

V. G. Bekmann. — UN CAS DE GROSSESSE INTERSTITIELLE. (*Wratch*, nº 15, 1898.)

Une jeune femme de 27 ans, parfaitement bien portante, jusqu'alors et présentant les signes subjectifs d'une grossesse au quatrième mois, est prise tout d'un coup d'une vive douleur dans le ventre, suivie de syncope. Amenée à l'hôpital, on constate un pouls rapide et affaibli, un ventre quelque peu ballonné crépitant au toucher, mat à la percussion. Au toucher, on sent assez bien un utérus augmenté de volume et dévié à gauche. Le cul-de-sac postérieur bombe et le doigt explorateur a la sensation d'une masse liquide. Laparotomie. Péritoine plein de sang et de caillots. Au niveau de la corne gauche, à la naissance de la trompe, on trouve les restes d'une cavité, portant encore des membranes et donnant attache à un placenta au cordon duquel est appendu un fœtus de 17 c. de long. Hystérectomie. A l'examen de la pièce, on constate que l'utérus est augmenté de volume et correspond à un utérus de 2 mois et demi. Au niveau de la corne gauche se trouve la poche empiétant sur le tissu utérin : l'orifice tubaire est perméable et conduit de la poche dans l'utérus. Une paroi de 2 cent. d'épaisseur sépare la poche de la cavité utérine. La poche qui devait être de la grosseur d'une tête d'enfant, s'était, à la suite de la rupture, considérablement rétractée.

L'examen microscopique porta à la fois sur la poche et sur la muqueuse utérine. La poche présente la structure habituelle des parois gravidiques. L'étude de la muqueuse utérine montra la disparition presque complète des glandes et la formation d'une caduque utérine.

La malade guérit.

Ce cas prête à plusieurs déductions portant sur le diagnostic, le pronostic, le traitement. Le diagnostic avant la rupture se pose assez rarement : en effet, la grossesse interstitielle évolue au début comme une grossesse normale et les femmes demandent rarement conseil au médecin. En tout cas, une tumeur située près de l'utérus et en connexion avec l'une de ces cornes, coexistant avec les signes généraux de la grossesse doivent donner l'éveil. Distinguer une grossesse interstitielle d'une grossesse développée dans un utérus bicorne est plus délicat. Dans ce dernier cas, la portion gravide est en connexion non avec la partie supérieure de l'utérus, mais avec le col. Ruge a du reste indiqué un signe assez précieux pour reconnaître la grossesse interstitielle. Par suite de la croissance de l'une des moitiés de l'utérus, son fond libre se trouve déjeté de côté et devient, d'horizontal, presque vertical. La paroi de séparation entre les deux parties de l'utérus devient ainsi *transversale*. Dans un utérus bicorne gravide, cette séparation est toujours verticale. Du reste, dans l'utérus bicorne, la portion gravide est cylindrique et s'accole longitudinalement à l'autre partie, tandis que, dans la grossesse interstitielle, elle est horizontale. Enfin le ligament rond, dans la grossesse interstitielle ou dans une corne rudimentaire, part de la poche, tandis que, dans la grossesse tubaire, il s'attache entre la poche et l'utérus.

Le diagnostic est plus difficile quand la poche est rompue. Non seulement l'examen est douloureux, mais la rupture provoque un retrait considérable de la poche. On posera donc le plus souvent le diagnostic d'hématocèle, quitte à en trouver la cause lors de la laparotomie : en effet, bien que la grossesse interstitielle puisse se développer plus avant que la grossesse tubaire proprement dite, la poche finit par se rompre, à moins que l'ouverture tubaire ne s'élargisse et que l'œuf finisse par se développer du côté de l'utérus. Dans ce cas, l'accouchement sera normal, mais on ne possède que peu de données sur une pareille issue de la grossesse interstitielle.

Cependant, même sans intervention, on pourra poser, dans quelques cas, le diagnostic de la rupture d'une grossesse interstitielle en se basant sur les faits suivants : le volume de l'utérus ne correspond pas à la date de la grossesse, bien établie par l'anamnèse. D'autre part, on ne trouve aucun signe de tumeur tubaire et cependant on constate tous les symptômes d'une rupture.

Dans le traitement de la grossesse interstitielle, on ne peut guère pratiquer l'incision du septum utérin par la voie utérine, même en élargissant fortement le col. Pour qu'on puisse tenter avec succès une intervention de ce genre, il faudrait que l'utérus soit excessivement dilatable, la grossesse absolument au début et le septum très mince. Dans les premiers mois de la grossesse, s'il n'y a pas d'adhérences, il faut attirer l'utérus par le cul-de-sac postérieur, enlever le fœtus, recoudre le sac. Rarement on aura recours à une hystérectomie totale. L'utérus est immobilisé, ou s'il est trop volumineux déjà pour être amené au dehors, il faut procéder à l'extirpation du fœtus et de la poche par laparotomie. Dans la seconde moitié de la grossesse, on est presque toujours amené à faire l'hystérectomie sus-vaginale. Dans le cas de rupture, il faut toujours pratiquer la laparotomie, enlevant ou laissant l'utérus, suivant les cas. Dans les cas de macération du fœtus, l'hystérectomie est indiquée ou tout au moins il faut la fixer à la plaie cutanée et pratiquer un drainage soigné.

Léon WEBER.

REVUE BELGE

LES NÉVRALGIES PELVIENNES. (*Revue méd. de Louvain.*)

La plupart des femmes hystériques ou neurasthéniques éprouvent dans la région des ovaires, de l'utérus, ou en général vers le petit bassin, des sensations pénibles, douloureuses. Chez certaines d'entre elles, ces sensations s'exagèrent jusqu'à prendre l'allure de véritables névralgies ; c'est ce qu'on a appelé les névralgies pelviennes.

Les praticiens ont un grand intérêt à être familiarisés avec ce syndrome clinique, qui, depuis quelques années, fournit aux gynécologues peu scrupuleux l'occasion facile d'entreprises chirurgicales véritablement abusives et nuisibles.

A ce titre, l'étude que le Dr Labadie-Lagrave lui a consacré dans le *Journal des Praticiens*, mérite d'être résumée.

Il range dans le cadre des névralgies pelviennes les douleurs qui se produisent en l'absence de lésions suffisantes pour expliquer cliniquement leur nature, et surtout, leur intensité extraordinaire, et en écarte les douleurs symptomatiques de diverses lésions, telles que la rétroversion utérine.

Richelot a donné le nom de grandes névralgies pelviennes aux phénomènes douloureux, graves, permanents, rebelles, siégeant dans l'utérus ou les ovaires et s'accompagnant d'un état névropatique.

Les douleurs accusées par les malades, comme le fait observer Labadie-Lagrave, sont elles-mêmes très variables. Le plus souvent elles siègent dans la région ovarienne, principalement à gauche. La pression les réveille et les exaspère jusqu'à provoquer même des phénomènes généraux importants, tels que l'attaque d'hystérie. Néanmoins, l'utérus peut aussi être le siège des mêmes douleurs, quoique moins fréquemment. Souvent aussi, la douleur partie de l'utérus et des ovaires s'irradie dans diverses directions ; certaines malades accusent des crises de cystalgie fréquentes, d'autres des douleurs du côté du rectum, des reins, ou dans divers points de l'abdomen.

Ces phénomènes douloureux sont extrêmement violents. Ils se présentent tantôt sous une forme paroxystique, lancinante, gravative : ils sont exaspérés par les mouvements et forcent certaines malades à garder l'immobilité la plus complète. Il y a cependant des périodes d'accalmie : l'utérus et les annexes restent, même dans ce cas, toujours sensibles au toucher.

L'examen local donne des résultats variables : parfois les culs-de-sac sont douloureux ; les moindres mouvements imprimés à l'utérus réveillent des crises violentes, de même que la palpation des ovaires. Parfois, on ne trouve aucune lésion véritable et certaines malades, restées alitées, depuis de longues années, à cause de leurs douleurs, ont pu devenir enceintes à plusieurs reprises. D'autres fois, c'est une lésion réelle, mais légère, du côté de l'utérus et des annexes, une adhérence, un reste de paramétrite, une flexion, que l'on trouve à l'origine de la névralgie pelvienne.

Les grandes névralgies sont caractérisées par la permanence des douleurs, forçant les malades à renoncer à tout travail en les obligeant à garder le lit d'une façon presque continuelle, par leur longue durée surtout, qui explique que certains sujets, découragés par l'impuissance de toute thérapeutique, réclament à grands cris les traitements chirurgicaux les plus radicaux et les moins justifiés.

L'anatomie pathologique donne sur la question des renseignements fort incertains. Parfois on a trouvé une dégénérescence



scléro-kystique plus ou moins prononcée de l'ovaire. Le plus souvent, il est impossible de constater une lésion précise d'aucun organe. Très exceptionnellement, on trouve, à côté de la névralgie pelvienne, des phénomènes nerveux généraux établissant l'existence de lésions primitives du système nerveux central. Les nerfs de l'ovaire peuvent présenter des lésions de névrite ascendante qui expliqueraient la persistance des douleurs après la castration.

Ce qui est certain, c'est *qu'après les interventions chirurgicales, même les plus complètes, les douleurs névralgiques reparaissent comme auparavant*, après un temps plus ou moins long, quelquefois même immédiatement ; dans la plupart de ces cas, il y a lieu de se demander si l'hystérie, même considérée comme consécutive à la névralgie elle-même, n'est pas installée chez le sujet à titre définitif, sans que l'opération, dirigée contre son point de départ, puisse désormais y rien faire.

Pour le *traitement*, il faudra d'abord aller à la recherche des *causes*, s'il y en a, qui ont pu déterminer l'affection : causes locales, lésions de toutes sortes, lésions générales, névropathie, principalement hystérie.

Le traitement général a une grande importance. On prescrira un régime tonique, ou excitant, un exercice modéré contre lequel les malades sont volontiers rebelles, en raison des douleurs que tout exercice réveille. On soutiendra leur moral par des occupations intellectuelles.

L'*hydrothérapie* peut être pratiquée en toute saison, et peut, à elle seule, procurer la guérison, si elle est bien dirigée.

Les malades retireront encore de grands avantages d'une eau thermale pendant l'été, Néris, Plombières, Luxeuil, Dax, Saint-Sauveur, Ragatz sont les stations les plus recommandées dans le traitement des névralgies utéro-ovariennes.

Le traitement symptomatique est celui de toutes les névralgies. Les moyens, il faut le reconnaître, sont malheureusement parfois aussi impuissants qu'ils sont variés, depuis les narcotiques, injections de morphine, suppositoires calmants, jusqu'aux stupéfiants, aconitine et belladone.

Ce sont les moyens locaux qui donneront les résultats les moins mauvais. On aura recours à *l'hydrothérapie appliquée localement*, à *l'électricité*. Si l'on emploie ce dernier moyen, on devra distinguer entre les névralgies hystériques et les névralgies neurasthéniques. Dans le premier cas, on aura recours au *courant faradique* appliqué soit au-dessus du pubis, un électrode étant introduite dans l'utérus, soit à la faradisation intra-utérine bipolaire, suivant le procédé d'Apostoli.

Dans les névralgies pelviennes d'origine neurasthénique, c'est de préférence aux *courants continus* qu'il faudra recourir, à direction descendante, appliqués sur la colonne vertébrale et au niveau des points douloureux. On pourra de même employer avec avantage les *courants alternatifs de haute fréquence* et surtout le *courant sinusoïdal*. La faradisation lombo-utérine ou lombo-vaginale donnera parfois des succès. Les séances varieront d'une durée de 10 à 20 minutes, et il sera possible, au bout de la séance, d'obtenir la cessation complète, quoique momentanée, de la douleur. Mais les résultats durables ne seront obtenus qu'après de nombreuses séances et après des essais très variés, si toutefois ils sont obtenus. *L'électrisation statique* a une action non seulement antinévralgique mais tonique générale et pourra, à ces points de vue, rendre des services.

Que faut-il penser de l'*intervention opératoire* ? Un fait qui ressort de la plupart des observations, c'est l'inutilité de l'intervention chirurgicale. Reclus parle d'une malade atteinte de la névralgie de l'ovaire, chez laquelle il fit avec succès l'opération de Battey. Plus tard, les douleurs reparurent avec une telle intensité, que la malade revint réclamer une nouvelle intervention qui fut refusée. Un autre chirurgien, auquel elle s'adressa, fit l'hystérectomie. Le succès fut immédiat, mais bientôt la malade recommença à souffrir autant qu'auparavant.

Kirmisson a fait la castration chez une femme de 33 ans, nettement hystérique, qui se plaignait de douleurs très vives, irradiées dans tout le bassin, sans lésions cliniquement appréciables. Les deux ovaires enlevés étaient sclérokystiques.

Après une période favorable de 5 ou 6 mois, les douleurs pelviennes reparurent avec la même intensité qu'avant l'opération. Terrillon déclare que l'opération a donné des résultats chez des malades qui présentaient des lésions utéro-ovariennes sans hystérie. Quénu paraît considérer toute névralgie pelvienne comme étant d'origine hystérique, et posant en principe que les opérations ne réussissent pas dans l'hystérie, il pense que l'intervention est inutile dans les névralgies pelviennes. Cependant, Richelot déclare avoir obtenu une guérison complète chez une hystérique. Dans un cas de Bousquet, on enleva l'ovaire gauche douloureux chez une femme de 32 ans, souffrant de douleurs considérables iradiées dans tout l'abdomen. Pendant près d'un an, les douleurs ne reparurent pas, et on put croire à une guérison radicale. Mais la malade recommença à souffrir, et les douleurs atteignirent bientôt la même intensité qu'auparavant.

D'un autre côté, des névralgies pelviennes peuvent guérir spontanément.

Il semble même que, dans les cas où l'intervention chirurgicale a été bienfaisante, l'influence de la suggestion a été prédominante ; ainsi, dans plusieurs cas, la simple laparotomie, sans ablation d'aucun organe, ou même simplement simulée, a pu suffire à procurer la guérison à certaines malades, sans doute éminemment suggestibles.

Quoiqu'il en soit, l'opération ne sera justifiée que lorsque l'application persévérante d'un traitement interne aura complètement échoué. L.

REVUE FRANÇAISE

Aubeau et Golasz. — SYPHILIS CONCEPTIONNELLE ET PATHOGÉNIE DES FIBROMES. (*Pli déposé à la séance de l'Académie de médecine le* 17 *février* 1897 *et ouvert à la séance du mardi* 22 *février* 1898.)

a. Dans une communication au troisième Congrès de la tuberculose de Paris 1893, j'ai donné le résultat de mes recherches sur le sperme des tuberculeux et laissé entrevoir la transmission microbienne du père à l'enfant *par le sperme* dans les maladies microbiennes chroniques.

b. Dans la séance de l'Académie des sciences du 12 mars 1894, mon préparateur, M. le docteur Golasz, fit une communication sur la présence constante d'un microbe polymorphe (cladothrix) dans la syphilis.

c. On trouve le cladothrix de Golasz dans le sperme des sujets en puissance de syphilis.

d. On peut donc dire à propos de la syphilis, ce que j'ai écrit à propos de la tuberculose :

Tout sujet infecté inocule l'ovule en même temps qu'il le féconde.

e. Chez toute femme saine, primipare, fécondée par un syphilitique, se développe, au point où l'ovule infecté se greffe dans la matrice, un processus inflammatoire infectieux qui devient pour la femme un foyer d'inoculation syphilitique.

f. En ce qui concerne la mère, l'infection se faisant par les lymphatiques profonds, on n'observe ni le chancre infectant, ni la roséole, ni les plaques muqueuses, en d'autres termes, aucun des phénomènes qui évoluent dans les réseaux lymphatiques superficiels.

Ce mode spécial d'infection donne la solution du problème si longtemps irrésolu d'une mère, en apparence saine, donnant naissance à un enfant syphilitique.

En réalité, elle est syphilitique, ainsi que le démontre la présence du cladothrix spécifique dans le sang et dans les tissus morbides.

g. En ce qui concerne l'embryon, les lésions inflammatoires qui évoluent au niveau de la greffe placentaire empêchent son évolution au delà d'une période dont la moyenne se rapproche constamment de six semaines.

h. Le sang de l'embryon contient le cladothrix.

i. Au bout de six semaines, la conception se termine donc en pareil cas par une fausse couche.

j. Consécutivement à cette fausse couche, on observe des métrorragies prolongées, rebelles à tout traitement médical, si l'on en excepte le traitement spécifique, et même à tout traitement chirurgical, si l'on en accepte l'hystérectomie.

k. L'examen de la malade démontre alors qu'il existe, au niveau de la greffe placentaire, une tumeur dont le volume varie de celui d'une noix à celui d'une mandarine, qui peut s'étendre presque jusqu'à la surface de l'utérus, le déformer et déterminer de la péritonite adhésive locale.

l. Cette tumeur passe par trois phases successives : 1° une phase d'inoculation (gomme indurée) qui répond aux métrorragies pures ; 2° une phase de ramollissement (fonte de la gomme) qui répond à un écoulement hydrorréique gommeux alternant avec des métrorragies ; 3° une période d'organisation fibreuse ou sclérose (fibromyome, tumeur fibreuse), dont les symptômes sont ceux des tumeurs fibreuses.

m. Histologiquement, le processus inflammatoire infectieux qui se développe au niveau de la greffe placentaire est caractérisé par une infiltration de cellules embryonnaires dans l'épaisseur de la muqueuse utérine et dans l'interstice des fibres musculaires lisses.

Ce travail inflammatoire établit des adhérences intimes entre l'utérus et les villosités placentaires, à tel point, qu'après la fausse couche, ces villosités restent adhérentes au tissu utérin et qu'on les retrouve avec la plus grande netteté sur les coupes micrographiques.

n. Au point de vue bactériologique, la zone d'infiltration néoplasique renferme des cladothrix spécifiques.

o. Ultérieurement, le développement et l'organisation du tissu embryonnaire dans les interstices des fibres musculaires lisses de l'utérus donne lieu à l'apparence d'une tumeur qui revêt les caractères des fibro-myomes.

A une période plus avancée, l'organisation plus parfaite du tissu conjonctif produit une sclérose du foyer néoplasique. Les fibres musculaires lisses s'atrophient, ainsi que les vaisseaux, la tumeur prend les caractères du fibrome pur ou presque pur, parvenant presque toujours à s'entourer d'une membrane propre et à s'isoler.

A toutes les périodes d'évolution de la tumeur, on peut rencontrer des formes du cladothrix spécifique, ces formes étant, toutes choses égales d'ailleurs, d'autant plus abondantes que le néoplasme est plus rapproché de son début.

p. Une première conception développe donc, chez la femme, une forme spéciale de la syphilis qui l'immunise jusqu'à un certain point ; néanmoins, il n'est pas rare d'observer, chez la même femme, plusieurs fausses couches successives, ou bien la grossesse continue son évolution et la femme accouche d'un enfant mort-né, ou enfin l'enfant vit plus ou moins longtemps, mais conserve quelque tare de la syphilis héréditaire. (Dans tous les cas, il faut tenir compte du degré d'activité de la syphilis du mari.)

q. Toujours, il nous a semblé que chaque conception est l'occasion de l'évolution d'une nouvelle néoplasie (fibromes multiples à différents degrés d'organisation, fibromes mous, fibro-myomes, fibromes purs, fibromes calcifiés).

r. Les recherches cliniques, anatomo-pathologiques, histologiques et bactériologiques, concordent donc pour établir un lien de cause à effet entre la fécondation de l'ovule d'une femme saine par un sujet syphilitique, la greffe de cet ovule infecté sur un point de la muqueuse utérine et le développement d'une néoplasie infectieuse, d'abord inflammatoire, puis fibro-myomateuse, puis scléreuse (fibrome).

s. A toutes les périodes de son évolution, cette néoplasie subit manifestement l'influence du traitement spécifique (mercure et iodure de potassium).

Ce traitement, poursuivi avec persévérance, suffit, dans la plupart des cas, pour arrêter seul les hémorragies profuses du début. Il peut amener, si on l'emploie de bonne heure, la régression et même la disparition complète de la tumeur néoplasique, son action étant d'ailleurs plus efficace que l'organisation de la tumeur est moins avancée. Même dans le cas de fibrome volumineux et bien organisé, le traitement spécifique n'est point inactif lorsqu'on l'emploie avec persévérance, nous avons vu des tumeurs de grande dimension fondre progressivement sous nos yeux.

t. Il en résulte que le traitement spécifique devra toujours être employé avec persévérance dans les cas de fibro-myomes ou de fibromes de l'utérus, et que le traitement chirurgical devra être réservé à un petit nombre de cas dans lesquels le traitement spécifique ayant échoué, la tumeur provoque des accidents capables de mettre la vie de la malade en danger.

Ces cas sont au nombre de trois :

1° Poussée de péritonite, de salpingite ou d'ovarite (kyste de l'ovaire) suppurée.

2° Compression excessive des organes dont les fonctions sont indispensables à la vie (intestin, uretère, vessie, vaisseaux et nerfs du bassin).

3° Métrorragies profuses, continuelles et incoercibles (l'anatomie pathologique démontre qu'il existe, en pareil cas, au voisinage de la muqueuse utérine, des vaisseaux volumineux, maintenus béants par leur connexion avec les tissus rigides qui les entourent).

Lautard, de Nice. — NOUVELLE AIGUILLE PORTE-BOBINE POUR LA SUTURE DE LA PAROI VAGINALE POSTÉRIEURE DU PÉRINÉE. (*Archiv. prov. de chirurgie*, 1er juillet 1898.)

Au cours des nombreuses périnéorraphies faites dans notre service de la Maternité de l'hôpital Saint-Roch, à Nice, avec la présence de notre interne, M. Salemi, nous avons été frappé des inconvénients et des difficultés que l'on éprouve quelquefois dans la mise des points profonds sur le col, la paroi vaginale supérieure, le périnée.

Nous avons donc eu l'idée de faire construire une nouvelle aiguille porte-bobine, dont nous allons donner une rapide description.

Cette aiguille se compose de deux parties que nous séparerons en deux par la pensée : 1° le manche ; 2° l'aiguille proprement dite. Le manche mesurant 22 centimètres de longueur, est formé d'une tige d'acier rigide, présentant les particularités suivantes. Son extrémité inférieure a la forme d'une boule losangique, qui n'a rien de commun avec la poignée des aiguilles classiques, montées d'une seule pièce. Tout le reste est de création récente. Sur la partie moyenne et latérale du manche est implanté perpendiculairement un bâtonnet d'acier de trois centimètres de long, destiné à recevoir les bobines de verre chargées de catgut ou de soie contenues dans les flacons d'usage courant. L'extrémité du bâtonnet se termine par une rondelle d'acier démontable, fixant la bobine et lui permettant de tourner librement. A quelques centimètres au-dessus de la bobine, et toujours latéralement, se détache un piton percé d'un orifice central destiné à recevoir le fil ascendant. Toute la partie latérale de la tige, depuis la racine du piton jusqu'au talon de l'aiguille, est creusée d'une demi-gouttière pour maintenir le fil. Cette gouttière, à sa partie terminale et supérieure, se convertit en un canal complet, qui fuit en haut et en dehors.

Tel est le manche. L'aiguille qui lui fait suite n'est que sa continuation ; elle rappelle celle d'Hagedorn, modifiée comme suit. Elle est percée de deux trous : le premier à sa partie moyenne, oblique de haut en bas ; le second, à la base de la pointe, prend une obliquité inverse. La partie terminale de l'aiguille est triangulaire et finement aiguisée.

Quels sont les avantages que nous croyons lui voir présenter, surtout au point de vue pratique ? Conservée chargée dans la glycérine phéniquée, elle est toujours aseptique et prête à fonctionner. Les tissus transpercés, une pince hémostatique arrête le bout du fil ; un coup de ciseaux le libère et le point est donné. Le fil n'est ainsi touché qu'une seule fois, lors du montage de la bobine ; de plus, l'on gagne du temps et chacun sait que l'aide est souvent obligé de s'y reprendre deux ou trois fois pour passer le fil dans le chas des aiguilles courantes de Reverdin, Emmet, Moodgs (dans le cas de sutures profondes bien entendu).

Le rôle de cet aide, que l'on trouve si difficilement en ville dans les cas d'urgence, est donc supprimé, et l'accoucheur pourra, tout de suite après la délivrance, restaurer un col ou une paroi vaginale déchirée.

Dr Griffault. — EXTRACTION D'UN VOLUMINEUX CALCUL URINAIRE DÉVELOPPÉ DANS LE VAGIN. (*Société des sciences médicales de Poitiers*.)

Le Dr Griffault fut appelé à donner ses soins à une femme de 40 ans, ayant eu trois enfants. Le dernier accouchement, qui date de six ans, a été laborieux, mais sans complication.

Comme antécédent pathologique : lithiase rénale, remontant à quatre ans environ, elle a remarqué à plusieurs reprises des graviers dans son urine, quelques-uns atteignant même le volume d'un haricot.

Le fait intéressant à noter est que, depuis deux ans, la malade est atteinte d'incontinence d'urine, surtout la nuit.

Le 20 novembre, la malade s'aperçoit qu'un corps étranger apparaît à la vulve ; au 1er examen, le Dr Griffault constate qu'un calcul volumineux écartait les grandes lèvres et faisait saillie de deux centimètres environ à l'extérieur.

La malade accuse de vives douleurs; on a de la peine à introduire le doigt en arrière du calcul, en déprimant fortement la fourchette.

On parvient avec difficulté à détacher le calcul de la paroi vaginale et on extrait le calcul par un mouvement de bascule.

Après son ablation, il s'écoule environ deux cuillerées de liquide teinté en rose, que l'on reconnaît être de l'urine.

Au toucher, rien au col, mais une dépression très notable, véritable fosse sur la paroi antérieure du vagin, remplie de débris de calculs, encore mous et friables, s'écrasant sous le doigt.

Le 26, nouvel examen de la malade, qui se plaint d'uriner plus fréquemment, on fait mettre le malade, dans la position génu-pectorale, et en appliquant une valve de Sims, sur la paroi postérieure du vagin, on aperçoit sur la paroi antérieure, une dépression ovale à bords plissés et rougeâtres ; après avoir introduit une sonde dans la vessie, on fait passer une injection de liquide coloré au bleu de méthyle, et on s'aperçoit que le liquide ressort par le fond de la dépression.

Le point intéressant est de savoir d'où vient le calcul ? D'après l'observation, l'auteur prétend que ce calcul s'est formé dans le vagin, aux dépens de l'urine s'échappant par la fistule vésico-vaginale ; il ne peut pas admettre que ce calcul ait pu traverser directement la paroi vésico-vaginale, sans produire des désordres considérables.

L'auteur conclut que ce calcul s'est formé directement dans le vagin aux dépens d'une urine fortement calcaire filtrant depuis six ans à travers une fistule vésico-vaginale, remontant à six années, époque du dernier accouchement.

Tout ouvrage dont il sera envoyé deux exemplaires sera annoncé et analysé s'il y a lieu.

R. PICHEVIN, *Directeur-Gérant.*

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE DAIX FRÈRES.
Maison spéciale pour Journaux et Revues.



SOMMAIRE

CLINIQUE MÉDICALE

—

HOPITAL DE LA CHARITÉ

—

Des causes d'irréductibilité dans l'inversion utérine et de leur traitement.— Nouveau procédé opératoire.

Par M. le professeur DURET.

(Leçon recueillie par M. le Dr VOITURIEZ, assistant).

Nous avons examiné devant vous, tout à l'heure, une jeune Femme atteinte d'inversion utérine. Cette inversion, consécutive à un accouchement, date de plus de six mois. Méconnue d'abord, elle a été ensuite diagnostiquée par un médecin appelé à soigner la malade pour des hémorragies et, à ce moment, des tentatives infructueuses de réduction ont été faites sous chloroforme. Nous ne voulons pas aujourd'hui insister sur la pathogénie, les symptômes et le diagnostic des inversions utérines, mais étudier principalement les *causes d'irréductibilité* de l'utérus inversé et, en même temps, vous montrer les ressources de la chirurgie dans ces cas difficiles.

L'inversion utérine est assurément rare; (un cas sur 190.000 accouchements, d'après Beigel). Néanmoins nous avons eu l'occasion d'en voir et d'en opérer déjà trois, dans la région du Nord.

On distingue l'inversion *aiguë* et l'inversion *chronique*. L'une et l'autre peuvent parfois être réductibles par des moyens très simples.

Denucé cite des cas où la réduction a été obtenue sans intervention sanglante 20 à 22 ans après le début.

Dans la 1re année 24 réductions.
— 2e — 10 —
— 3e — 6 —
— 4e — 3 —
— 5e — 2 —
— 12e, 13e — 5 —

La réduction manuelle doit être tentée dans tous les cas avant l'intervention chirurgicale. Dans une autre variété d'inversion utérine (inversion polypeuse), où le renversement de l'utérus est dû à l'entraînement du fond de l'organe à la suite du polype engagé dans le vagin, la réduction est souvent effectuée facilement après l'ablation ou l'énucléation du fibrome.

Dans d'autres circonstances, l'inversion utérine est réductible. Mais sitôt la réduction obtenue, l'inversion se reproduit; il se passe là quelque chose d'analogue à ce qu'on observe dans certaines hernies ou prolapsus, qu'on refoule facilement dans l'abdomen, mais qui ne peuvent y rester contenus. C'est ce que l'on désigne sous le nom d'*incoercibilité* de l'inversion. L'organe est flasque, paralysé; l'électrisation, l'ergot de seigle restent sans effet; la matrice reprend constamment la position inversée. Baldy, dans un cas de ce genre, ne réussit même pas à la maintenir en place, en en suturant le fond à la paroi abdominale, par une hystéropexie méthodique.

Enfin, dans un certain nombre de cas, qu'il s'agisse d'inversion aiguë ou chronique, les différents procédés de taxis employés échouent complètement et l'on peut dire qu'il y a *irréductibilité absolue*.

Cette irréductibilité absolue est d'ailleurs bien établie par quelques faits cliniques très démonstratifs. Velpeau, chez une Femme qui vint mourir, dans son service, de métrorragies dues à une inversion, ne put, au moment de l'autopsie, arriver sur le cadavre à réintégrer l'utérus en position normale. Mundé ne réussit pas mieux, même après ouverture de l'abdomen, en ayant les pièces en main, à dilater le col. Legueu, sur un utérus inversé, enlevé par l'hystérectomie, ne put obtenir de réduction.

Quelles sont donc les causes qui rendent certaines inversions irréductibles? Nous voudrions vous faire connaître les principales, en les indiquant d'une manière précise.

1° *Contraction utérine.* — Une observation de Valentin, de Vitry, nous en fournit un exemple. La matrice, à la suite d'une inversion datant de 16 mois, était comme un véritable doigt de gant; mais à la moindre pression, elle se contractait pour se pelotonner contre le col; dans les essais de réduction, elle se durcissait en s'arrondissant; les mêmes difficultés persistaient.

2° *Spasme du col.* — Le col contracturé, enserre fortement le pédicule de l'utérus inversé, comme ferait un sphincter et empêche complètement le refoulement de l'organe à travers son orifice rétréci.

3° *Turgescence utérine.* — C'est une des causes les plus fréquentes de l'irréductibilité. L'utérus, étranglé au niveau du col, devient turgescent, œdémateux; le retour du sang veineux est entravé, tandis que l'afflux du sang artériel peut encore se faire; il en résulte une augmentation du volume du fond de l'organe. Au contraire, le col, demeuré en place, subit son involution normale et se rétracte, tandis que l'involution utérine se trouve empêchée. Le tissu utérin est friable, saignant au moindre contact et se déchire à toute tentative de replacement. D'où la perforation possible et fréquemment observée.

4° *Transformation fibreuse de l'utérus.* — Plus tard, dans les cas anciens, les éléments anatomiques se transforment, deviennent durs, fibreux et n'ont plus assez de souplesse, d'élasticité, pour permettre au globe utérin de se retourner sur lui-même. Sur une pièce anatomique, conservée au musée Saint-Barthélemy de Londres, l'utérus est réduit à un prolongement digitiforme, gros comme un porte-plume. Parfois, la transformation fibreuse se cantonne exclusivement au voisinage du col utérin, qui forme un anneau dur, rigide et très rétréci.

Voyons maintenant ce qui se passe du côté de la cavité abdominale. L'utérus inversé forme un entonnoir, un infundibulum tapissé de la séreuse péritonéale et les transformations qui s'effectuent dans l'intérieur de cette cavité constituent une cinquième cause d'irréductibilité.

5° *Transformation de l'infundibulum péritonéal.* — L'orifice de l'infundibulum se contracte et s'endurcit; il est rétréci, froncé comme l'ouverture d'une bourse fermée. La sclérose s'étend également aux organes voisins, tissu cellulaire, ligaments larges, trompes et ovaires, qui, prolabés dans l'infundibulum, peuvent se trouver resserrés par l'orifice, et sont, en tout cas, dans une situation qui modifie leur circulation et leur nutrition. Dans le but de faire céder la résistance de l'orifice péritonéal, Gaillard Thomas a imaginé d'ouvrir l'abdomen, de rechercher cet orifice et de le dilater fortement à l'aide d'une pince spéciale. Il perdit une de ses deux opérées.

6° *Poussées inflammatoires dans l'infundibulum.* — L'infundibulum est parfois le siège de poussées inflammatoires, de *péritonites infundibulaires*, suivies de production de fausses membranes, qui se rétractent, agglutinent et soudent entre elles les parois de l'infundibulum, les replis des ligaments larges, les annexes, les anses intestinales prolabées. Ces adhérences, une fois constituées, opposent un obstacle absolu à la réduction.

En résumé, les causes d'irréductibilité tiennent à l'utérus lui-même, à la disposition de l'infundibulum, aux adhérences qu'il contracte avec les organes voisins. Cependant, en présence d'une inversion utérine non réduite, il n'y a pas à hésiter: il faut intervenir. Les hémorragies répétées, l'anémie consécutive, les infections secondaires, dues à des ulcérations de la muqueuse, ne tardent pas à compromettre l'état général et mettent finalement la vie de la Femme en danger; même en dehors de ces accidents redoutables, l'inversion utérine cons-

titue une triste infirmité, d'autant plus fâcheuse, qu'il s'agit de Femmes jeunes et bien constituées.

Il nous reste à examiner les différents procédés de réduction, qui ont été essayés avec des fortunes diverses.

Nous ne parlons pas du procédé de douceur, véritable taxis qui consiste à malaxer avec les doigts le fond de l'utérus, et à lui faire franchir le col en exerçant des pressions continues et ménagées. C'est là le traitement des inversions récentes, non incoercibles.

On a vanté les pessaires (pessaires à air, pessaires à eau), qui, introduits dans le vagin, comprimeraient le fond de l'utérus et tendraient à le refouler peu à peu. Ces procédés ne sont pas innocents ; ils ont souvent déterminé des ulcérations, de la gangrène et même des perforations.

Ponueg, chirurgien canadien, a employé le procédé suivant assez ingénieux. Plusieurs anses élastiques sont passées à travers le col et fixées, d'autre part, au pourtour du pavillon d'un stéthoscope. L'autre extrémité du stéthoscope prend point d'appui sur le fond de l'utérus inversé et exerce ainsi sur lui une pression continue qui tend à le refouler en haut. Ce procédé, appliqué dans un certain nombre de cas, a plusieurs fois été suivi de mort.

Pozzi préconise le tamponnement du vagin à la gaze iodoformée, répété régulièrement pendant des semaines. L'œdème inflammatoire, la turgescence utérine diminuent et il est quelquefois possible de réduire ensuite.

Reste à parler des procédés véritablement chirurgicaux.

Les opérations pratiquées pour réduire l'inversion ont consisté surtout en des incisions, des libérations du col utérin, mais les incisions, qui doivent remonter assez haut, n'ont pas toujours été inoffensives : elles ont donné lieu souvent, d'après Dénucé, à des hémorragies graves, à des péritonites, et presque toujours sont restées insuffisantes.

Dans deux cas célèbres, Gaillard Thomas essaya de dilater l'infundibulum péritonéal, après avoir ouvert l'abdomen. Une de ses malades mourut des suites de l'opération.

En 1885-86, Malins, Schmalfuss, chirurgiens allemands, après la laparotomie, ne purent obtenir la réduction. En 1885, Mundé, par la voie abdominale, n'obtint aucun résultat, bien qu'il s'efforçât d'attirer le fond de l'utérus avec une ficelle fixée à l'aide d'un bouton introduit par le vagin. Baldy dit à ce propos : « Quand l'abdomen fut ouvert, qu'on eut passé un fil solide à travers le fond de l'utérus dans le vagin, et qu'on eut attaché un bouton à l'extrémité vaginale de ce fil, j'ai vu faire d'inutiles efforts avec une main dans le vagin, pour obtenir la réduction ; et cependant, pour venir en aide aux tractions, on essayait d'agrandir le col par la partie supérieure à l'aide de la dilatation. J'ai même vu un bouton traverser l'utérus pendant les tractions faites sur le fil et la malade mourut. » En résumé, tous les procédés d'incision du col ont donné de mauvais résultats ; un seul succès et quatre résultats déplorables.

Cependant, une place à part, il nous semble, doit être réservée au moyen imaginé récemment par Otto Küstner. Ce chirurgien ouvre largement le cul-de-sac postérieur du vagin pénètre dans la cavité de Douglas, en détruisant les adhérences avec soin. Puis il engage un doigt dans l'anneau d'étranglement de l'infundibulum péritonéal. Il fait alors une incision médiane postérieure sur l'utérus prolabé dans le vagin, s'étendant de deux centimètres du fond jusqu'à deux centimètres de l'orifice externe du col. La paroi postérieure de l'utérus est donc coupée dans toute son épaisseur, de la surface muqueuse à la surface péritonéale. On essaye la réduction, l'index introduit dans l'infundibulum soutenant le col, et le pouce de la même main repoussant et retournant le fond de l'utérus. On termine en suturant la longue incision utérine et le cul-de-sac de Douglas. Ce procédé très méthodique est tout à fait en rapport avec les progrès récents de l'intervention par la voie vaginale. Mais est-il sans dangers ? L'hémorragie n'est-elle pas à redouter. N'y a-t-il pas lieu de craindre qu'il soit insuffisant, quand on voit que les opérateurs ne réussissent pas, pièces en mains, après les autopsies ou les hystérectomies, à obtenir le retournement ? Nous l'avons essayé deux fois sans succès.

Quand la réduction ne peut être obtenue par aucun de ces procédés, il faut bien en arriver à l'ablation de l'utérus.

Le moyen le plus simple est l'excision simple de tout ce qui dépasse le col ; mais il y a dans ces cas d'abord dangers d'hémorragies et d'infections et aussi de blessure de l'intestin, les anses intestinales se prolabant assez souvent dans l'infundibulum, ainsi que nous l'avons dit déjà.

On a vanté, dans le même ordre d'idée, d'étrangler et de sectionner le pédicule avec l'écraseur linéaire ou la ligature classique ; ce dernier procédé a été récemment perfectionné par Perier.

La cure est longue ; avec la ligature élastique, au moment de la séparation de l'utérus sphacélé les dangers d'infection persistent ; la mortalité est restée élevée.

Aussi, quand nous n'arrivons pas à réduire l'utérus, nous considérons que la méthode de choix est l'hystérectomie vaginale totale ; nous n'insisterons pas ici sur le manuel opératoire que nous avons décrit dans une récente communication au Congrès international de chirurgie de 1896. (*Session de Genève*, 3me vol., p. 147. *Semaine Gynécologique*, p. 292, 1896.)

A la suite de cette leçon, il est procédé immédiatement à l'opération. Après chloroformisation de la malade, on fait des tentatives de réduction, en cherchant, par des malaxations sur le fond de l'utérus inversé, à en diminuer le volume et à faciliter sa réintégration à travers l'orifice du col ; les manœuvres, ne donnant aucun résultat, ne sont pas prolongées davantage, et M. Duret pratique l'opération suivante, qui diffère des autres procédés décrits jusqu'à ce jour et dont nous allons préciser les temps opératoires.

1er TEMPS. — *Incision du cul-de-sac postérieur*, immédiatement en arrière de l'utérus. Cette incision est faite transversalement, sur une étendue de 3 centimètres. Préalablement, le fond de l'utérus a été saisi avec une pince de Museux et attiré au dehors ; sous cette traction, le col s'inverse complètement à son tour et se présente par sa face profonde, reconnaissable, aux rameaux de l'*arbre de vie* (fig. I).

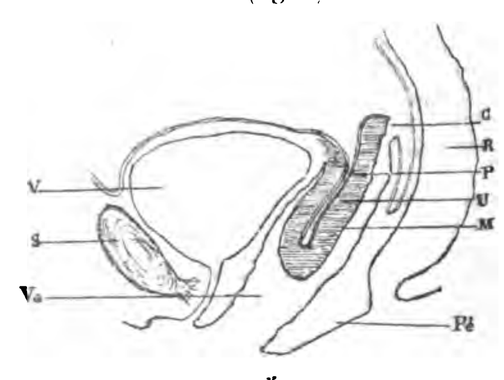


Fig. I. — Utérus inversé. 1er temps : Incision du cul-de-sac vaginal postérieur en C.

2e TEMPS. — *Incision verticale médiane postérieure de tout l'utérus*, depuis la lèvre antérieure de l'incision vaginale jusqu'au fond de l'utérus. Cette incision, qui part du milieu de l'incision vaginale, divise le col dans toute son épaisseur, ainsi que la paroi de l'utérus, et va de la muqueuse jusqu'au péritoine, qui tapisse l'infundibulum (fig. II).

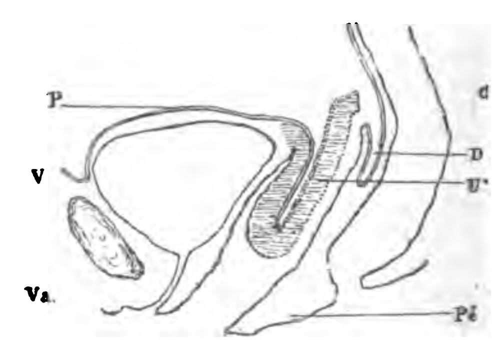


Fig. II. — 2e temps : Incision de la face postérieure de l'utérus et du col dans toute leur épaisseur. Les parties incisées sont indiquées par un fin pointillé, pour toute la paroi postérieure de U'.

3e TEMPS. — *Réduction de l'inversion utérine.* — Grâce à la large libération obtenue par la section du col et de la paroi postérieure de l'utérus inversé, il est facile de réduire sur place l'inversion utérine. Les deux *coques* ou moitiés de l'utérus, encore unies en avant, sont retournées sur place. La muqueuse, qui se présentait à l'extérieur, se trouve rentrée dans l'intérieur de la cavité utérine et la ligne de section, auparavant postérieure, devient antérieure.

4e TEMPS.— *Reconstitution du corps utérin jusque l'isthme.* — La ligne de section de l'utérus est suturée en commençant par le fond de l'organe jusqu'à l'isthme : 1° par un plan de suture profond muco-muqueux, 2° par un plan superficiel, comprenant muscle et péritoine ; tous deux au catgut.

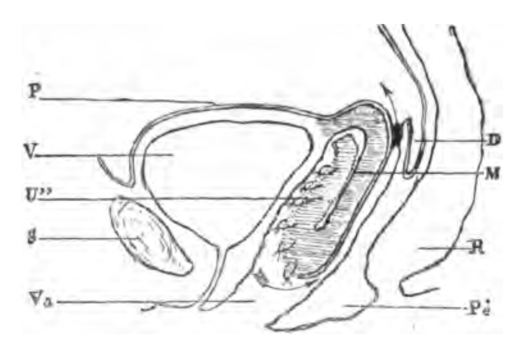


Fig. III.— 3e et 4e temps : Après l'incision postérieure, les deux coques ou moitiés de l'utérus tenant encore en avant ont été retournées sur elles-mêmes, de telle sorte que la fente ou incision utérine qui était en arrière devient antérieure, en même temps que la face péritonéale est extérieure et vaginale. Il suffit alors de suturer, par des points séparés muco-muqueux et musculo-péritonéaux, les deux lèvres de l'incision du corps de l'utérus en U".

5e TEMPS. — *Reposition de l'utérus.* — L'utérus se présentant désormais par sa face péritonéale, reste encore dans le vagin. Il faut le réintégrer par la boutonnière vaginale du cul-de-sac postérieur, jusque dans l'excavation. Cette ouverture, trop étroite pour permettre de réintroduire le fond de la matrice, est agrandie par une incision secondaire médiane, partant de la lèvre postérieure de l'incision primitive et poursuivie perpendiculairement, vers le rectum. Par cette large fente peut être effectuée facilement la *reposition* de l'utérus, à condition de fixer les lèvres de l'incision par deux pinces, maintenues par un aide.

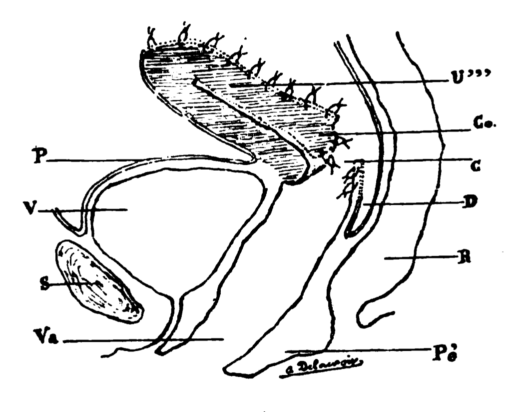


Fig. IV. — 4e et 5e temps : Reposition de l'utérus, en faisant repasser son fond par la fente vaginale élargie et suture de la portion cervicale.
Explication des lettres : U, U' U" U'" utérus. — C. Incision du cul-de-sac vaginal. — M. Muqueuse utérine. — P. Péritoine. — D. Cul-de-sac de Douglas. — Va. Vagin.— V. Vessie. — S. pubis.— R. Rectum.— Pe. Périnée. — CO. Col utérin reconstitué.

6e TEMPS. — *Reconstitution du col utérin.* — Après refoulement du corps utérin dans l'excavation, il faut terminer l'opération par la reconstitution du col utérin, resté ouvert en arrière. Pour cela, la lèvre antérieure du col est saisie avec une pince de Museux et attirée en bas ; on fait la suture depuis l'isthme jusqu'au bas du col. — Deux plans de suture au catgut comme précédemment.

Deux gros drains sont introduits par la boutonnière vaginale jusque dans l'excavation ; tamponnement à la gaze iodoformée, de façon à empêcher la rétroversion de l'utérus.

L'ouverture vaginale est laissée largement ouverte.

Les résultats opératoires ont été excellents ; la Femme n'a jamais eu d'élévation thermique et se levait au 15e jour.

Cette intervention, beaucoup plus radicale que l'opération d'Otto Küstner, permettra d'éviter, dans bien des cas, l'hystérectomie totale.

L'ablation de l'utérus et des annexes pour inversion utérine n'est qu'un pis-aller et ne saurait être admise dans le cas où l'on est dans l'impossibilité absolue de réduire l'inversion. Grâce à la large incision libératrice, partant du col et remontant jusqu'au fond de l'utérus, il sera, le plus souvent, possible de dégager les annexes, de détruire les adhérences, de lever les différents obstacles et finalement de réduire l'inversion. Les autres temps de l'opération : réduction, suture, reposition de l'utérus, ne présentent pas de difficultés insurmontables. Au point de vue des résultats, on a la satisfaction de conserver un utérus sain, — et qui a fait ses preuves, à des Femmes jeunes encore (22 ans dans notre cas), et d'éviter une mutilation toujours pénible, quand elle n'est pas indispensable.

EMBOLIES SEPTIQUES MORTELLES

d'origine annexielle, survenues à la suite d'une Colpopérinéorraphie.

Par le Dr COMMANDEUR, Chef de Clinique obstétricale à la Faculté de Lyon.

Il est d'usage de répéter que la périnéorraphie est une opération absolument innocente actuellement et à mortalité nulle. Aussi le chirurgien répond-il aux malades auxquelles on propose une restauration du périnée, et qui s'inquiètent de la gravité de l'opération, qu'il s'agit d'une intervention tout à fait insignifiante, sans aucune gravité. Si le fait est vrai, dans la généralité des cas, s'il est vrai aussi que l'infection mise à part, la périnéorraphie ne peut être l'origine d'aucune complication locale importante, il ne faut pas oublier cependant qu'elle constitue un traumatisme opératoire qui peut avoir une répercussion à distance sur des organes déjà malades et réveiller ou donner un coup de fouet à des lésions latentes ou en évolution lente. Le fait est bien connu pour les lésions cardiaques et rénales, mais encore, dans ces cas, l'aggravation doit-elle être mise sur le compte de l'anesthésie et non du traumatisme. D'autres fois, au contraire, les accidents consécutifs ne peuvent être imputés à l'anesthésique, et il faut bien invoquer alors le traumatisme lui-même. C'est ainsi qu'on peut expliquer les accidents mortels survenus à la suite d'une simple colpopérinéorraphie et qui sont relatés dans l'observation suivante :

Colpopérinéorraphie. — Embolies septiques ayant pour origine une phlébite des veines utéro-ovariennes gauches consécutive à une salpingo-ovarite. Mort en 3 jours.

OBSERVATION.

Le 2 mai 1898, entre à la 2e Infirmerie de la Charité, Mme B., âgée de 34 ans, bouillonneuse.

Dans ses antécédents, on trouve 4 accouchements, dont 3 normaux et un qui nécessita une version. Une fausse couche de 3 mois il y a 10 ans. Sa dernière couche remonte à huit ans. Quelques mois après, elle présenta quelques pertes blanches abondantes. Elle n'a jamais souffert du ventre.

La malade se présente à la consultation, se plaignant d'une sensation de pesanteur dans le bas-ventre surtout pendant la marche, avec irradiations dans les lombes et les jambes. Constipation habituelle.

A l'examen, on constate la destruction du périnée avec cystocèle très développée, mais très peu d'abaissement utérin. Mise en place d'un pessaire rigide, annulaire, qui ne tient pas ; un anneau plus grand ne peut pas être maintenu non plus en place.

La malade se décide à une intervention et entre dans le service.

Le 14 mai, opération par M. le Prof. Fochier. Colporraphie antérieure après ablation de toute la colonne antérieure du vagin ; suture au fil d'argent.

Périnéorraphie avec sutures métalliques à points placés suivant le tracé d'Emmet.

Suites opératoires simples jusqu'au 6e jour. La température monte alors à 38° et le lendemain à 38°2. Le 8e jour, au matin, elle s'élève à 39°5 et le soir à 40°4. La malade n'accuse aucune douleur localisée. Le périnée n'offre rien d'anormal. Un peu de fréquence respiratoire et de céphalée, mais pas de points de côté.

Cependant la malade a l'air profondément infecté. Le pouls est rapide et petit. Le soir du 9e jour apparaissent des crachats striés de sang rouge vif et adhérents. L'auscultation ne révèle rien que quelques légères bouffées de râles fins très irrégulières.

Le 10e jour, la température s'élève à 40°1, le pouls à 156 et devient très petit.

Le 11e jour. La température reste élevée à 40°8, le pouls, difficile à compter, monte à 170 et la mort survient le 12e jour.

Autopsie. — Le poumon gauche présente des adhérences anciennes.

Les 2 poumons crépitent en totalité. — A la coupe, on trouve seulement une congestion intense, mais pas un seul infarctus macroscopique.

Les plaies périnéale et vaginale ne présentent aucune altération. Elles sont à peu près cicatrisées.

Utérus sain, sauf un peu de rougeur de la muqueuse à la partie inférieure du corps, annexes droites saines

Annexes gauches malades. L'ovaire, volumineux, est soudé en arrière de la corne utérine gauche par quelques adhérences péritonéales molles. Il est gros, renferme un kyste hématique du volume d'un pois et offre, sur la coupe, une coloration diffuse et généralisée rouge noirâtre.

La trompe a le volume du petit doigt, elle est repliée en arc de cercle, son pavillon attiré en dedans par l'extrémité interne de l'ovaire et ses franges soudées. A la coupe, ses parois sont épaissies, scléreuses, mais on trouve dans la cavité quelques gouttes de liquide séro-purulent.

Le paquet vasculaire utéro-ovarien gauche est volumineux, gros comme le pouce à son origine sur l'angle supéro-externe du ligament large ; son volume va s'atténuant à mesure qu'on s'éloigne du petit bassin et au niveau du pôle inférieur du rein, il a son volume normal. Sa consistance est modifiée ; il est dur dans toute sa portion inférieure et donne la sensation de cordon. La veine utéro-ovarienne est fendue au niveau de la région lombaire jusqu'à ses origines. On constate alors que, dans son trajet lombaire, elle renferme un liquide puriforme rouge brique. Plus bas, du côté du ligament large, on trouve un caillot récent, noirâtre, non adhérent à la paroi et se prolongeant dans les branches d'ivergentes jusqu'au ligament large.

Il est facile de reconstituer l'histoire anatomo-pathologique de ces lésions. Depuis longtemps déjà, cette malade avait des lésions annexielles gauches, probablement développées à la suite de son dernier accouchement, il y a huit ans, époque à laquelle elle a présenté des pertes blanches vraisemblablement symptomatiques d'une endométrite. Or il faut insister sur ce fait, que jamais ces lésions ne se sont manifestées à l'état aigu ou même subaigu. La salpingo-ovarite a évolué d'une façon absolument torpide au point qu'on n'en trouve pas trace dans son histoire. Elle a passé tout à fait inaperçue à l'examen préopératoire à cause de l'absence totale de douleur et du faible volume de la lésion. Mais eût-on reconnu préalablement son existence, en aurait-on fait une contre-indication à l'intervention ? Certainement non Or cette salpingite certainement infectieuse, complètement endormie depuis huit ans, a pris tout d'un coup une allure plus rapide, plus chaude. L'infection s'est réveillée d'abord dans les annexes, les adhérences molles et récentes de l'ovaire le prouvent, puis s'est propagée rapidement aux veines utéro-ovariennes et une phlébite suppurée s'est développée. Il y avait, en somme, du pus dans la trompe et dans les veines utéro-ovariennes, Peu dans la trompe, cela est vrai, mais il faut songer qu'il s'agissait d'une trompe hypertrophiée et scléreuse depuis longtemps, c'est-à-dire ne se prêtant pas à une accumulation notable de liquide dans sa cavité.

L'extension de ces lésions s'est faite vraisemblablement pendant les 6 premiers jours qui ont suivi l'opération, période silencieuse encore, car nous n'y trouvons ni symptômes généraux, ni douleur, ni température. Lorsque, le 7e jour, le magma puriforme, renfermé dans la veine se répand dans le torrent circulatoire, alors apparaît la fièvre, en même temps que les embolies pulmonaires manifestent leur existence par les crachats sanglants et que l'état général devient rapidement extrêmement grave, que le pouls monte à 150 et 170 la veille de la mort ; en somme, tout le tableau d'une invasion brusque de l'organisme par une infection suraiguë. Tout cela, alors que les plaies périnéales et vaginale étaient à peu près cicatrisées, ne présentaient absolument aucune réaction inflammatoire et ne pouvaient, en aucune façon, être suspectées d'être le point de départ des accidents emboliques. Il faut noter qu'il ne s'agissait pas là d'embolie volumineuse, il n'y avait pas un seul infarctus macroscopique du poumon, mais bien des embolies microscopiques septiques. Nous n'avons pu malheureusement recueillir et cultiver le pus, mais l'histoire clinique est suffisamment démonstrative.

Ce qu'il faut retenir de cette observation, c'est que, quoique la périnéorraphie soit bénigne, en tant qu'intervention, elle n'en constitue pas moins un réel traumatisme opératoire sous l'influence duquel une lésion infectieuse, torpide, peut se réveiller. D'autre part, elle démontre que les lésions annexielles anciennes ou non dûment constatées avant l'intervention ne doivent pas être considérées comme négligeables, qu'elles peuvent être l'origine d'accidents graves, même mortels, et que leur ablation peut s'imposer avant toute tentative de périnéorraphie.

REVUE FRANÇAISE

L. Longuet. — DE L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE TOTALE POUR INVERSION UTÉRINE. (*Gazette des Hôpitaux*, 5 juillet 1898.)

HISTORIQUE. — L'hystérectomie vaginale pour *inversion utérine* est sœur de l'hystérectomie vaginale pour prolapsus utérin. L'une et l'autre ont vu le jour dans les temps les plus reculés ; l'origine de la première demeure enveloppée de ténèbres impénétrables. Afin de retracer l'histoire avec une suffisante clarté, nous établirons deux périodes : celle de l'antiquité où fourmillent les faits curieux, mais inutilisables ; celle de la renaissance, où se précisent les indications et où l'on commence à décrire la technique. L'avènement de l'antisepsie établit entre les deux phases une barrière naturelle.

PREMIÈRE PÉRIODE. — *L'hystérectomie pour inversion utérine dans l'antiquité.* — Nos pères ont abusé étrangement de l'extirpation de l'utérus inversé. L'abondance des faits antiques n'est qu'une fausse richesse ; et tous réunis ne valent pas, pour ce travail, les cas rares, mais mieux étudiés, que nous avons pu rassembler dans ces derniers temps. Cette pénurie, disons-le par avance, est toute à notre honneur, car elle indique que la question se pose sur son vrai terrain, que les indications se formulent nettes et précises, et qu'en somme, malgré la technique perfectionnée, dont nous disposons à l'heure présente, personne n'est tenté de pratiquer l'hystérectomie, lorsqu'une manœuvre plus simple, comme la réduction, est possible sans danger.

« Si la matrice inversée est devenue noire, on doit l'enlever en totalité », disait Moschion (1) au IIe siècle de notre ère. Paul d'Egine (2) au Ve siècle, mettait moins de réserve encore. L'utérus retourné vient-il à se gangréner ; « il faut l'enlever sans s'arrêter à la crainte d'un formidable danger ». Et ces recommandations téméraires étaient basées sur la connaissance de cas qui ne sont pas parvenus jusqu'à nous. Il faut arriver au XVIe siècle pour relever une observation digne de foi. Selon Denucé, qui a fait une revision approfondie de tous ces antiques documents, la première hystérectomie qui nous soit parvenue avec détails circonstanciés, appartient à A. Paré (3). L'utérus, dans ce cas, était inversé par

(1) MOSCHION. « Si, comme cela arrive souvent, la matrice renversée se trouve altérée de telle sorte qu'elle noircisse, il faut se servir des mêmes moyens que nous avons l'habitude d'employer pour détruire les cancers, même le fer, pour exciser la partie altérée devenue noire et sphacélée. Si la matrice entière est ainsi devenue noire, on doit l'enlever dans sa totalité. Il ne faut ni s'étonner, ni considérer comme hors de croyance qu'on puisse proposer de l'enlever, puisque c'est après qu'elle a été peu à peu altérée et frappée de mort par la maladie que nous cherchons à l'extirper. Il nous paraît juste d'agir ainsi, puisque, au dire de nos anciens, plusieurs femmes ont pu vivre fort longtemps après cette opération. » (DENUCÉ. *Traité de l'inversion utérine*, 1883.)

(2) Paul D'EGINE. « Si, par la durée du temps, la matrice renversée vient à se gangréner, ce qui arrive quelquefois, il faut l'enlever, sans s'arrêter à la crainte d'un formidable danger, car on a vu et raconté que la matrice entière a pu être enlevée et la vie conservée. »

(3) A. PARÉ. « Je fus donc appelé le sixième jour de janvier dernier, et M. Jacques Guillemeau, chirurgien juré à Paris, ensemble M. Antoine du Vieux, maistre barbier chirurgien, demeurant aux faubourgs Sainct Germain des Prés, voisins de la dite malade. Et après avoir tout bien considéré aduisasmes pour le meilleur qu'il fallait extirper ce qui paroissoit, attendu la couleur noire, puanteur, et autres signes de substance pourrie. Si com-

un polype sphacélé ; l'organe fut enlevé, « le jour des roys » en 1575 ; la malade se rétablit, mais succomba éventuellement à la suite d'une pleurésie, trois mois plus tard. A l'autopsie, on ne retrouva plus la matrice, mais en son lieu, une callosité dure « que nature avait machiné durant les trois mois pourtascher de refaire ce qui estoit perdu ». Depuis A. Paré, les faits se succèdent heureux ou malheureux. Ainsi,près de cent ans plus tard, Arnould (1) 1768, Ruysch (2), Deleurye, perdent tous trois leur malade, à la suite de tentatives de ce genre, par hémorragie dans le cas de Ruysch. Au contraire, Vater (1707), Districh (1745), Ancelin (1764) [ce dernier dans un cas d'utérus inversé et carcinomateux], Wrisberg (1792), malgré une abondante perte de sang, guérirent leur opérée. Et l'histoire nous offre encore plusieurs exemples similaires, rapportés par S. Van der Viel (1687), Bohenner (1679), Dailliez (1803), Baster (1810), dont quelques-uns sont consignés dans la thèse d'agrégation de Pozzi (1875), mais qu'il nous semble parfaitement inutile d'exhumer, parce qu'ils appartiennent à des empiriques, des rebouteurs, des ignorants et, en grande partie, à des sages-femmes. En ce siècle, il n'est plus guère question d'hystérectomie pour inversion jusqu'à l'antisepsie. C'est sur le cancer de l'utérus que se porte tout l'enthousiasme des opérateurs jusqu'en 1830. Puis l'hystérectomie est jetée dans un profond mépris d'où elle ne sort que vers 1875.

Deuxième période. — *L'hystérectomie pour inversion utérine depuis la renaissance.* — Si on laisse de côté les ablations partielles dont il n'est pas question dans cette étude, le nombre d'hystérectomies totales pratiquées dans ces dernières années paraît bien minime. Sans doute, les auteurs ne sont pas sans y penser : « Peut-être, écrit de Sinéty dans le *Dictionnaire Dechambre*, pourra-t-on dans l'avenir appliquer aux cas d'inversion utérine quelques-unes des améliorations apportées à l'hystérectomie vaginale. Comme moyen extrême on recourra à l'ablation de l'utérus. » Dès 1885, notre maître, Terrier, à propos d'un cas de Defontaine, traité par la ligature élastique, exprimait à la Société de chirurgie le desideratum d'une technique sanglante et disait : « L'ablation totale pourrait être indiquée, avec ligature des ligaments larges. » M. Pozzi, dans son Traité de Gynécologie, l'admet aussi, mais n'en mentionne aucun cas. Doyen, dans sa récente Thérapeutique chirurgicale, envisage la réduction, mais non l'hystérectomie vraie. Nous avons parcouru, sans résultat, plusieurs traités de gynécologie étrangers. D'autre part, nous ne pouvons consentir à considérer comme hystérectomie, l'ablation utérine par sphacèle au-dessous d'une ligature élastique. Le procédé le plus perfectionné, dans cet ordre de traitement, est celui de M. Périer (1880). Sans mettre en doute les résultats qu'on a pu en obtenir, il n'en est pas moins vrai, qu'en l'état actuel de la chirurgie, la supériorité appartient à l'ablation par l'instrument tranchant, comme plus sûre, mieux réglée, plus rapide dans sa guérison, infiniment plus précise et donnant toutes les garanties vis-à-vis des organes abdominaux toujours susceptibles de descendre et d'adhérer au fond de la cupule d'inversion. De telle sorte qu'en dernière analyse, nous voici réduits à un nombre de faits extrêmement restreint, que voici :

C'est vraisemblablement Péan qui fit, le premier, l'hystérectomie vaginale pour inversion utérine (3). Se trouvant en face d'un utérus complètement retourné par un fibrome, ce chirurgien commença par enlever le corps fibreux, par morcellement, puis, après avoir suturé la plaie d'hystérotomie, il tenta sans y parvenir de réduire l'utérus et de le refouler dans sa situation normale. Il prit alors la décision d'exciser tout l'organe irréductible, ce qui fut fait facilement, et la malade guérit. Existe-t-il d'autres cas analogues appartenant au même chirurgien ? Dans sa vaste pratique, Péan paraît avoir traité plusieurs inversions par l'hystérectomie, si nous nous en rapportons à cette phrase de Secheyron : « Nous sommes mal fixés sur la valeur de l'ablation partielle ou totale de l'utérus par excision. Cependant Péan a pratiqué plusieurs fois cette opération toujours avec succès. » De ces faits, nous n'avons trouvé nulle part la relation détaillée.

Baldy (1) (1891) rapporte, sans plus de détail, le cas d'un utérus inversé, pour lequel différentes interventions, même la laparotomie, n'avaient abouti qu'à des récidives ; en dernière analyse on fut amené par nécessité, à pratiquer l'hystérectomie vaginale.

En 1894, Legueu présenta à la Société anatomique un utérus en inversion irréductible, qu'il avait enlevé chez une malade, après avoir tenté en vain la réduction.

L'année d'après Duret (1895), dans la thèse de son élève Brasseur (2) et au Congrès international de gynécologie et d'obstétrique de Genève, nous fait connaître deux observations d'un remarquable intérêt. C'est à la section médiane de Quénu, qu'il eut recours avec le plus grand succès, ce qui permit d'exécuter l'opération selon une technique des plus séduisantes. Enfin, Verchère (3) nous signalait, il y a quelque temps, certaines particularités concernant le manuel opératoire dans l'hystérectomie pour inversion.

II

Indications et contre-indications. — Qu'il soit bien spécifié tout d'abord que l'hystérectomie vaginale ne convient qu'à un nombre probablement très restreint d'inversions utérines, et qu'elle n'est applicable qu'à certains cas particuliers. Il est vraisemblable qu'ici comme pour le prolapsus, elle restera l'*opération d'exception*. Loin de nous, la pensée d'en vouloir dangereusement généraliser l'emploi. Et, en effet, il y a mieux à faire que d'exciser un utérus retourné. N'est-il pas plus rationnel, et plus satisfaisant pour l'esprit, de désinvaginer tout simplement l'organe qui s'est inversé en doigt de gant ? Donc l'hystérectomie vaginale nous apparaît comme n'héritant guère que des contre-indications de la réduction. C'est la raison, sans doute, pour laquelle nous en relevons si peu d'exemples dans les statistiques des chirurgiens les plus expérimentés dans la pratique vaginale.

En second lieu, il nous faut démontrer la légitimité de l'opération dont nous plaidons la cause. Or, il n'est pas douteux, qu'il s'agisse là d'une opération bénigne, d'une facile exécution et dont nous ne connaissons, comme suite immédiate, aucun cas de mort, et comme suite éloignée que des guérisons complètes. Péan, Legueu, Duret ont parfaitement et rapidement guéri leurs malades. Par contre, des objections peuvent s'élever, bien graves, à l'adresse des traitements anciens, et je n'en prendrai comme attestation que l'une des conclusions du mémoire de Duret : « Les méthodes anciennes, nous dit-il, sont insuffisantes et exposent aux accidents septiques. Leurs résultats statistiques sont déplorables. La ligature élastique, selon le procédé de Périer, peut-être utilisée en cas d'inexpérience des méthodes modernes ; mais elle constitue un mode d'intervention long, douloureux, qui nécessite des soins journaliers et dont les résultats sont incomplets, et trop souvent incertains (8,5 p. 100 de mortalité). » Entre les deux méthodes, la ligature ou l'hystérectomie totale, il nous semble qu'à l'heure présente, il n'est pas permis à un chirurgien d'hésiter. Et si les gynécologistes, dont nous avons parcouru les traités, se bornent à faire une simple mention de l'hystérectomie vaginale, ils nous paraissent, lorsque nous tentons de saisir leurs pensées « de derrière la tête », parfaitement disposés à admettre l'ablation totale par le vagin, selon les techniques actuelles, et à y recourir le cas échéant.

La question d'hystérectomie se pose rarement dans l'*inversion puerpérale toute récente*. En pareil cas, l'utérus encore tendre se prête à la réduction qui est le vrai traitement de choix, si on la facilite, au besoin, par l'hémisection antérieure de l'anneau cervical, comme le figure Doyen, hémisection qui a ici la valeur d'un débridement. En revanche, la mollesse du parenchyme utérin, la friabilité de l'organe en subinvolution sont des circonstances plutôt défavorables pour l'hystérectomie. Que si, cependant, l'utérus est profondément infecté, s'il est le siège « de douleurs », de leucorrée fétide ou gangréneuse, « produisant l'empoisonnement septique de l'hecticité » (Duret), l'exérèse totale de ce sac septique nous semble l'opération de choix.

Mais c'est plus souvent pour *inversion chronique* que le chirurgien est consulté. Si la réduction est possible, l'organe étant relativement sain, c'est par elle que l'on doit commencer. Malheureusement, il est souvent difficile de dire par avance si la réduction est possible ou non, car, pour être fixé, il peut être nécessaire de pratiquer certaines manœuvres sous le chloroforme ou même d'associer pour ainsi dire une véritable hystérectomie afin de réduire. La malade et sa famille étant prévenus de la nécessité possible d'en venir à l'ablation totale, nous pensons que le temps opératoire *préliminaire* de toute hystérectomie pour inversion, doit consister

mençâmes à tirer peu à peu par deux divers jours, sans douleurs, un corps qui fut jugé de MM. Alexis Gaudin, médecin ordinaire du roy et premier de la royne, P. Le Fèvre, aussi médecin ordinaire du roy et de madame la princesse de la Roche-sur-Yon, de Violaines, docteur de l'Université de Paris, et nous chirurgien, estre le corps de la matrice, a raison que fut trouvé l'un des vésicules et d'une grosse membrane, restant d'une mole qui s'estoit aposthumée, crevée et vuidée, comme dit est. Après l'extirpation de ceste partie, la malade se trouva mieux. Il y avait neuf jours devant l'extirpation qu'elle n'avait esté à ses affaires et quatre jours qu'elle n'avoit uriné : ce qu'elle fit depuis réglement, se trouvant fort bien par l'espace de trois mois, au bout desquels luy survint une pleurésie, avec une grande fièvre continue dont elle mourut. Estant adverti qu'elle estoit décédée, désireux de sçavoir ce que nature avait basti au lieu de sa matrice, en fis l'ouverture : où n'ay trouvé la matrice ains en son lieu une callosité dure, que nature avait machiné durant les trois mois de si peu qui en restoit, pour tascher à refaire ce qui estoit perdu .» (In Malgaigne. *Œuvres complètes d'Ambroise Paré*, 1840, t. II, p. 745.

(1) Arnould. In Manquest de Lamotte, *Traité d'accouchements*, Paris, 1715, p. 186.

(2) Ruyschii (F.) *Observationum anatomico-chirurgicarum Centuria*, Obs. XXVI, p. 26, 1721. Amstelodami

(3) Péan. In Secheyron, *Traité d'hystérectomie*, p. 645.

(1) Baldy. *Med. and Surg. Rep.*, 25 juillet 1891.

(2) Brasseur. *Hystérectomie vaginale dans l'inversion puerpérale récente.* Th. de Paris, 1895.

(3) Verchère. Congr. de gyn. de Bordeaux, avril 1895.



dans l'hémi-, puis la *bisection médiane de l'anneau cervical*, véritable collier de l'invagination. Alors sera tentée une dernière fois la réduction. C'est le moyen d'éviter un sacrifice inutile et l'on décidera en toute connaissance de cause, si l'organe peut ou non être redressé. Y a-t-il irréductibilité évidente, procédez sur le champ à l'hystérectomie vaginale ; et accomplissez les temps opératoires ultérieurs, l'indication se tire ici dès que l'*irréductibilité* a été bien et nettement constatée.

Sont nettement justiciables de l'hystérectomie vaginale les inversions, récentes ou chroniques compliquées de fibrome, de cancer, de métrite gangrèneuse, de pyométrite, de lésions annexielles graves. Ici pas d'hésitation, puisque l'affection concomitante est, à elle seule, une indication suffisante.

De même que l'irréductibilité, l'*incoercibilité* est de nature à motiver l'exérèse dans certains cas. A quoi bon tenter de réduire un utérus qui, par son hypertrophie considérable, a perdu droit de domicile ? Si la hernie du corps de l'utérus récidive constamment à travers l'anneau cervical, devenu insuffisant à le contenir, comme dans le cas de Baldy, dans celui de Muray et d'autres, ne vaut-il pas mieux supprimer tout l'organe qui, trop volumineux, est une cause incessante de gêne, de pesanteur, de douleurs ou de troubles sympathiques, plutôt que de l'enfermer de force derrière un col artificiellement rétréci ?

La notion d'*âge* mérite, ici comme pour le prolasus, une haute considération. Chez les Femmes qui approchent de la ménopause, ou chez qui toute probabilité de conception peut être écartée, il est sans doute préférable d'enlever un organe moyennement infecté, plutôt que de tenter de le désinvaginer, et de le rentrer avec ses lésions, toutes choses égales d'ailleurs.

Les troubles du voisinage, la rétention d'urine, les tractions ou compressions urétérales, les compressions du rectum sont des motifs pour l'intervention en général, mais ne suffisent pas à imposer l'hystérectomie. Il en est de même des lésions viscérales à distance, et des tares organiques qui peuvent contre-indiquer toute opération, mais ne visent pas spécialement l'extirpation totale. Il n'est pas jusqu'aux conditions sociales, comme le besoin de se livrer à une vie active, à de rudes travaux, qui ne soient dignes d'entrer en ligne de compte dans la détermination à prendre.

Fermons ici, momentanément, ce chapitre fort important d'indication thérapeutique que nous n'avons fait qu'esquisser. C'est, en effet, aux faits de l'avenir, beaucoup plutôt qu'aux raisonnements, de nous faire connaître certaines indications que nous entrevoyons à peine aujourd'hui, et qui peut-être élargiront le champ de l'hystérectomie vaginale pour inversion.

III

Technique. — Les différents procédés d'hystérectomie vaginale se rangent, à notre sens, en deux grandes classes, nettement distinctes ici, comme pour le prolapsus, comme pour les suppurations pelviennes, etc.

A. *Les hystérectomies avec hémostase préventive, associées le plus souvent au morcellement.* (Extirpation tri ou multifragmentaire de l'utérus.)

B. *Les hystérectomies sans hémostase préventive et sans morcellement.* (Extirpation mono ou bifragmentaire.)

Ici, comme pour le prolapsus utérin, l'hémostase par ligature, à l'exclusion des pinces, est le procédé de choix, si l'utérus est complètement sorti hors de la vulve. Toutefois, les pinces peuvent être seules applicables en cas d'utérus incomplètement inversé, lorsque l'étage supérieur des ligaments larges a conservé son siège élevé. Quant à la question d'hémostase par angiothripsie, nous la réservons pour l'instant.

A. HYSTÉRECTOMIE AVEC HÉMOSTASE PRÉVENTIVE, ASSOCIÉE LE PLUS SOUVENT AU MORCELLEMENT. — *Extirpation tri ou multifragmentaire de l'utérus.*—La technique générale de Péan a été réglementée ainsi dans l'inversion, par Secheyron (1). L'utérus est abaissé au maximum, afin de rendre l'inversion extra-vaginale.

Hémostase préventive du corps utérin, par deux pinces longues de 6 centimètres, une de chaque côté.

Incision circulaire autour du col, à la limite des muqueuses vaginale et utérine. Le fait est facile s'il reste un anneau du col non inversé. Au contraire, dans l'inversion concomitante du col, celui-ci disparaît complètement, et il faut, en dernière analyse, se retrancher sur la différence assez peu marquée de la couleur et de la consistance des deux muqueuses, utérine et vaginale, pour reconnaître la ligne où doit porter l'incision circulaire du col.

Décollement en avant et en arrière de l'utérus. Perforation du cul-de-sac utéro-vésical et recto-vésical. Maintenir un cathéter dans la vessie pendant ce temps du décollement. Le cul-de-sac péritonéal ouvert, il devient possible de se rendre compte de la présence d'anses intestinales adhérentes.

Hémostase préventive et définitive des ligaments larges, par pincement. De grandes pinces seront placées sur les parties latérales du col de l'utérus ; puis section au ras des pinces, en commençant par un côté ; énucléation de l'utérus, et pincement, puis section du ligament large de l'autre côté ; enfin excision de l'utérus.

Ajoutons que dans l'observation de Péan, compliquée de fibrome, l'auteur enleva la tumeur par *morcellement*, toujours après hémostase préventive.

B. HYSTERECTOMIES SANS HÉMOSTASE PRÉVENTIVE ET SANS MORCELLEMENT. — *Extirpation mono ou bifragmentaire.* — Nous avons eu l'occasion d'insister ailleurs sur la supériorité de cette technique en exposant, temps par temps, l'opération telle que la pratique notre maître Quénu. La *section médiane* et l'*absence d'hémostase préventive* en sont les deux particularités fondamentales. Or, l'une et l'autre trouvent ici une excellente application, et nous en trouvons une preuve dans les deux observations très remarquables de Duret. Voici la description de l'opération, telle que nous la comprenons dans les principaux types d'inversion utérine.

a. *Inversion utérine du premier degré.* — Dans ces cas que caractérise une simple dépression cupuliforme du fond de l'organe, l'opération ne subit, de ce chef, aucune modification importante qui la différencie d'une hystérectomie ordinaire. La technique générale de M. Quénu étant applicable en tous points, nous nous bornerons à renvoyer à ce que nous avons écrit sur l'hystérectomie vaginale pour suppuration pelvienne (1).

b. *Inversion utérine du deuxième degré ou inversion incomplète.* — Ici le fond de l'utérus descend plus ou moins dans le vagin, mais l'anneau cervical reste en place. Les particularités principales de l'opération portent sur le troisième temps de la section médiane, qui nous arrêtera tout spécialement.

Premier temps : Incision du col.

Deuxième temps : Libération du col sur ses faces antérieure et postérieure. — Ce qu'il y a de très curieux, c'est qu'en pareil cas, la libération de la vessie se fait sans aucune difficulté. En effet, Duret insiste sur ce point que, lorsque l'utérus s'inverse, la vessie ne suit pas dans la descente. Il en était ainsi dans les deux cas de Duret, ainsi aussi dans celui de Legueu ; si bien que le décollement s'est commencé seul. Quant à l'ouverture des culs-de-sac péritonéaux, elle peut être difficile, car l'absence du corps utérin les rapproche l'un de l'autre, et comme dans le pédicule s'engage assez souvent l'intestin, il faut redoubler de précautions pour ne pas blesser ce viscère. Aussi, la manœuvre suivante, recommandée par Verchère, est-elle rationnelle. On commencera par inciser le cul-de-suc postérieur, et par cette boutonnière le doigt sera introduit, pour venir faire saillir le cul-de-sac antérieur, qui sera à son tour incisé sur l'extrémité du doigt. En même temps, ce doigt récline les organes herniés, ou au moins prévient de leur présence dans l'infundibulum.

Troisième temps : L'hystérotomie médiane. — Elle se subdivise elle-même en quelques temps secondaires, dont on comprendra facilement la raison d'être.

α. Inciser sur la ligne médiane la seule lèvre antérieure du col.

β. Inciser ensuite sur la ligne médiane la seule lèvre postérieure de l'anneau du col.

L'anneau constricteur se trouvant ainsi libéré, procéder à des tentatives de réduction.

Si l'on réussit, et si l'organe peu altéré est justiciable de la conservation, après réduction, s'en tenir là. Il suffira de suturer les deux sections cervicales et tout est terminé. Si, au contraire, l'irréductibilité est manifeste, malgré les incisions libératrices du collier cervical, procédez sur le champ à l'achèvement de la section médiane, puis de l'hystérectomie.

γ. Reprise de la section médiane sur la paroi antérieure du col, et sa continuation prudente et progressive sur la seule paroi antérieure du corps, en suivant celui-ci dans son inflexion. Dès qu'on a atteint la tête de l'invagination, il est nécessaire de faire précéder la section d'un décollement progressif, avec le doigt, de tout ce qui adhère à la face péritonéale de l'utérus, dans sa partie inversée.

δ. Arrivé au fond de l'organe retourné, mêmes manœuvres de section progressive et prudente, précédée de décollement, sur la paroi postérieure, en suivant ses inflexions en S, jusqu'à la rencontre de l'incision médiane qui a été amorcée sur le col, en arrière.

Quatrième temps : Hémostase des ligaments larges de haut en bas. Excision bifragmentaire de l'utérus.— Pendant ce temps, les viscères prolabés sont maintenus réduits par des tampons montés. L'hémostase avec des fils est ici le procédé de choix : ceux-ci seront placés de haut en bas, c'est-à-dire du bord supérieur vers la base du ligament large. Ces fils sont placés en dehors des annexes, si leurs lésions motivent la suppression ; en dedans s'il y a possibilité de les conserver. La section médiane qui, au temps précédent, a eu le grand avantage d'ouvrir de suite un large accès sur les organes prolabés, organes qu'il faut, avant tout, bien voir, comme dans toute hernie avec ouverture du sac, conserve encore une haute valeur pendant ce quatrième temps opératoire de l'hémostase, vu la

(1) SECHEYRON. *Traité d'hystérectomie*, p. 640. Paris, 1896.

(1) LONGUET. Technique de l'hystérectomie vaginale pour salpingite, leçon recueillie de M. Quénu. (*Presse méd.*, 1895.)



facilité qu'elle donne pour la pose des fils. Par suite de la séparation complète de l'utérus en deux valves, il est aisé de prendre dans chaque main le pédicule utéro-ligamentaire correspondant, puis d'y placer et d'y lier avec précision les fils destinés à assurer l'hémostase définitive.

L'hémostase terminée, l'utérus est abattu, avec ou sans les annexes, en deux fragments, par quelques coups de ciseaux en dedans des fils.

Cinquième temps spécial à l'inversion. — Il comprend les manœuvres suivantes :

α. *La fermeture de l'infundibulum* se réalise par un surjet en bourse. De même que dans toute hernie, il est nécessaire de fermer le sac à son collet, et le plus haut possible.

β. *La confection d'une sangle aux dépens des ligaments larges.* — Il est indiqué, en effet, de consolider le plan péritonéal par des tissus de soutien, de même que l'on ferme la paroi abdominale derrière le péritoine dans les hernies. Or, ici comme pour le prolapsus, l'emploi des ligatures permet la suture l'un à l'autre des deux ligaments larges, soit au niveau de leur face cruentée, soit au-dessus, selon qu'ils descendent plus ou moins bas. C'est exactement la manœuvre décrite par Quénu pour l'hystérectomie appliquée au prolapsus utérin. Cette sangle ligamentaire est elle-même doublée par le dôme vaginal, dont on applique la tranche cruentée contre la tranche des moignons des ligaments larges.

γ. *Colpopérinéorraphie.* — S'il y a prolapsus vaginal concomitant

c. *Inversion utérine du troisième degré. Inversion complète.* — Le col lui-même est retourné et se continue sans transition avec le vagin, le plus souvent en prolapsus. Au point de vue opératoire, le fait le plus curieux, c'est que l'inversion de l'utérus amène une inversion des temps du procédé Quénu. C'est ainsi que le premier temps (incision du col) fait place ici d'emblée au troisième temps (section médiane). En effet, dans une hernie, on commence de suite par inciser tous les différents plans qui la recouvrent, jusqu'au sac compris. Il en va absolument de même dans l'inversion complète, et l'on peut commencer immédiatement par inciser le sac utérin pour en explorer en détail, puis en réduire le contenu viscéral. Toutefois, il est possible de répéter ici, sans l'intervertir, la série normale des temps, comme l'a fait Duret, ce qui est moins facile, plus incertain et plus long.

Premier temps : L'abaissement et l'hystérotomie médiane. — L'utérus est abaissé au maximum, par deux pinces situées à droite et à gauche de la ligne médiane, dans le voisinage du fond. Ce fond de l'utérus, pôle culminant de la tumeur, est incisé prudemment dans toute son épaisseur, suivant une petite boutonnière médiane antéro-postérieure, qui mène de suite dans l'infundibulum péritonéal. Par cette boutonnière, l'index est introduit comme conducteur et protecteur, puis suivi d'une des branches des ciseaux. A partir de ce point culminant, menez deux sections, toutes deux ascendantes, l'une sur la paroi antérieure, l'autre sur la paroi postérieure, en les prolongeant jusqu'à la cavité la plus élevée du col. Ce qu'il y a de plus important, c'est de protéger ou de décoller, s'ils adhèrent, les viscères prolabés à l'aide du doigt qui est introduit à cet effet, et qui prépare la voie aux ciseaux. Lorsque la totalité de l'utérus est sectionnée, chacune de ses moitiés s'écarte de sa congénère, et ouvre un large accès sur le contenu de la hernie. Alors, on procède à l'inspection et à l'exploration manuelle des organes prolabés, ligaments ronds, ovaires, ligaments larges qui sont descendus dans la chambre péritonéale inférieure : vessie, intestin, appendice, épiploon, arrêtés dans la chambre supérieure. Tous ces viscères sont dégagés de leurs adhérences pathologiques, réintégrés dans l'abdomen où les maintiennent provisoirement des tampons montés, ou excisés derrière une ligature (appendice enflammé, épiploon adhérent).

De cet exposé résulte que le but de l'incision médiane est ici différent de ce qu'il est dans les autres cas : en effet, tandis qu'ailleurs cette manœuvre a pour but principal l'abaissement, dans l'inversion, elle sert moins à l'abaissement qu'à la découverte immédiate, dès le début de l'opération, des viscères qu'il s'agit de préserver et de réduire. En outre, elle facilite singulièrement les temps ultérieurs (incision du col, placement des ligatures, etc.) Si, par exception, la zone médiane est très vasculaire, les pinces à abaissement, placées sur les tranches de section, suffisent à obturer, en l'aplatissant, la lumière des vaisseaux béants.

Deuxième temps : L'incision circulaire du vagin. — Les auteurs ont signalé la difficulté qu'il y a à réaliser ce temps opératoire dans l'inversion complète, parce que le col se continue sans démarcation avec le vagin, que le changement de coloration n'existe plus, que les changements de consistance ne sont pas très saisissables en explorant la seule face externe du pédicule, de l'infundibulum. La section médiane faite en commençant rend, au contraire, ce temps beaucoup plus facile, en ce sens que le pédicule devient visible et palpable non seulement par sa face externe, mais par sa face interne, et qu'ainsi l'on a toute chance de trouver la ligne de repère, sinon sur la face périphérique, au moins sur la face axiale. Cette ligne trouvée, chaque moitié indépendante du pédicule est incisée, soit de la périphérie vers le centre, soit du centre vers la périphérie, en suivant un demi-cercle ; la section est faite à fond en avant et en arrière ; au contraire, latéralement, elle doit être superficielle parce que là se trouve la base du ligament large et la zone de l'utérine. C'est au fond de cette incision superficielle que sera placée bientôt l'anse du fil destiné à lier l'utérine.

Troisième temps : Libération du col, en avant et en arrière, sa séparation du tissu paramétrique par voie de décollement. — Ce temps est presque nul dans l'inversion complète, car nous savons qu'en se pédiculisant, l'utérus, renversé en doigt de gant, laisse en place la base de la vessie et le rectum. Il suffit donc de récliner un peu, avec les doigts, les tissus de chaque côté, pour obtenir une libération satisfaisante.

Quatrième temps : Hémostase définitive. Excision bifragmentaire de l'utérus. — La technique reste la même que dans l'inversion incomplète. Le placement des fils de haut en bas est un peu compliqué par suite de l'enroulement en cordon du ligament large dans l'infundibulum. Il faudra donc, s'il est possible, aplatir les ligaments suivant leur disposition normale, afin d'y faire une hémostase régulière.

Cinquième temps : Fermeture de l'infundibulum péritonéal par un surjet en bourse. Confection d'une sangle ligamentaire. Colpopérinéorraphie, s'il y a lieu. Le pansement consiste en l'introduction de tampons munis de fil, les uns en dedans des moignons ligamentaires (tampons axiaux), les autres excentriques, entre ces moignons et la paroi vaginale.

V

Résultats. — Les résultats, jusqu'ici, sont des plus encourageants. Les malades de Péan, celle de Baldy, celle de Legueu, la première, puis la seconde malade de Duret ont guéri parfaitement. L'opération a été simple, facile, parfaitement supportée par les opérées, sans réaction, et il nous paraît certain que de tous les procédés d'exérèse, l'hystérectomie vaginale est le meilleur.

Est-il encore besoin de revenir sur le parallèle avec les ablations par gangrène ? ce serait superflu. Aux faits ultérieurs de venir réaliser les promesses que, dès maintenant, nous sommes en droit d'attendre de l'hystérectomis vaginale dans l'inversion utérine.

En deux mots, je résume mes convictions :

I. L'hystérectomie vaginale totale est le procédé de choix pour les inversions utérines reconnues manifestement irréductibles ou compliquées.

II. Les résultats nous autorisent dès maintenant à la considérer ici comme l'opération de l'avenir.

III. La technique générale de Quénu : section médiane et ablation bifragmentaire de l'utérus sans hémostase préventive, trouve dans l'inversion une de ses plus précieuses applications.

REVUE AMÉRICAINE

Herman Hayd. — QUELQUES POINTS DE TECHNIQUE DE L'OPÉRATION D'ALEXANDER. (*Congrès annuel de la Soc. méd. de New-York*, 26 janv. 1898. — *Annals of Gynaec. and Pediatry*, juin 1898.)

L'opération d'Alexander est un procédé chirurgical idéal, malgré les controverses dont elle a été la cause et les objections qui lui ont été faites, surtout en raison de la difficulté qu'ont éprouvée certains opérateurs à découvrir le ligament rond. Celui-ci, consistant en fibres conjonctives mélangées de faisceaux musculaires, tire son origine de 3 faisceaux : l'inférieur, du tendon de l'oblique interne et du transverse près de la symphyse ; le moyen, du pilier supérieur de l'orifice externe, près de sa partie supérieure ; l'externe, du pilier inférieur, près de l'arcade de Fallope. Ces 3 faisceaux se réunissent en un cordon plus ou moins lâche qui traverse le canal inguinal, se loge dans un dédoublement du ligament large et s'insère à la partie antéro-supérieure de l'utérus. Divers procédés ont été mis en œuvre pour le découvrir, dont 3 principaux : une simple boutonnière sur le canal, permet de saisir le ligament avec un crochet, ou bien on incise tout le canal de propos délibéré, ou enfin on recherche le ligament à son origine, c'est-à-dire au niveau de l'orifice externe. L'auteur a eu recours à ces 3 procédés, mais, depuis un an, il n'emploie que le suivant qui ne lui a jamais donné d'insuccès et qui n'a pas l'inconvénient d'affaiblir la paroi. On recherche l'épine pubienne, près de laquelle s'ouvre l'orifice externe : une incision de 1 p. à 1 p. 1/2, faisant un angle de 45° avec l'épine, divise la peau et la couche graisseuse, puis on dissèque le fascia du grand oblique, de manière à mettre à nu les faisceaux tendineux du muscle. Le doigt recherche alors l'orifice inguinal recouvert du fascia intercolumnaire qu'on ouvre aux ciseaux et qui laisse apparaître un peloton graisseux.

Laissant de côté tout instrument tranchant, on attire ce bour-

relet, saisi entre le pouce et l'index, jusqu'à ce que se dessinent nettement les faisceaux d'origine du ligament. On prend alors celui-ci dans un crochet ou dans les mors d'une pince, afin de l'attirer davantage : la traction des doigts suffit même ordinairement.

Quelquefois cette attraction du ligament est rendue difficile par des adhérences profondes : c'est dans ces cas seulement qu'on doit ouvrir le canal, contrairement aux conseils d'Edebohls ; car cette complication opératoire allonge l'opération et affaiblit la paroi. On dégage le ligament sur une longueur de 2 p. ou davantage, jusqu'à ce que, par le toucher vaginal, on constate l'antéversion bien marquée de l'utérus, puis on procède à sa fixation. Au moyen d'une forte aiguille courbe, enfilée de catgut ou de tendon de Kangouroo, on transfixe les 2 piliers, en saisissant, entre deux, une bonne épaisseur du ligament. Un autre point traverse, de la même manière, et au-dessus, les 2 lèvres de l'incision cutanée et le ligament. Même technique de l'autre côté. L'auteur laisse ordinairement dans la plaie quelques fils de soie pour assurer le drainage.

Le nerf qui accompagne le cordon, doit être recliné, il est rare qu'il soit nécessaire de le couper si on n'ouvre pas le canal.

Dans tous les cas, il est bon de ne pas le comprendre dans la future cicatrice des téguments.

Les indications de l'opération d'Alexander se résument dans la rétrodéviation non compliquée de lésions annexielles. On a préconisé, dans ces cas, diverses opérations, telles que l'ouverture du cul-de-sac de Douglas, pour détruire les adhérences, réséquer les annexes malades, suivie du raccourcissement extra-péritonéal des ligaments ronds. Mais, en pareil cas, il vaut mieux faire franchement la laparotomie, libérer l'utérus et le fixer soit par le raccourcissement intra-péritonéal des ligaments ronds, soit par l'hystéropexie. Si quelques insuccès ont suivi ses premières opérations, ils tenaient à un diagnostic insuffisant de lésions annexielles coexistantes : aujourd'hui, il n'applique l'Alexander qu'aux déplacements manifestement exempts de complications de ce genre.

Mann. — TRAITEMEMT CHIRURGICAL DE LA STÉRILITÉ, DANS QUELLES LIMITES EST-IL JUSTIFIÉ OU UTILE ? (*Annals of Gynaec. and Pediatry*, juillet 1898.)

L'auteur n'a en vue que la stérilité due à des maladies de la vulve, du vagin et de l'utérus ; or, l'innocuité actuelle des interventions sur ces organes, justifie leur emploi et leur efficacité n'est plus à démontrer. Les causes de stérilité de cet ordre sont : le vaginisme, l'atrésie du vagin, la sténose cervicale, ordinairement associée à une malformation du col, les déchirures cervicales, les déplacements utérins, l'endométrite et l'adénome, le catarre du col, les tumeurs.

Vaginisme. — Le traitement du vaginisme n'a guère réalisé de progrès depuis Marion Sims. C'est un spasme réflexe dont le point de départ réside dans l'hymen ou ses débris. Il faut enlever ceux-ci et pratiquer la dilatation forcée de la vulve. Après cicatrisation, s'il persiste de la sensibilité, il est bon de recourir aux dilatateurs gradués, jusqu'à disparition du spasme. En cas d'épaisseur exagérée de l'hymen, suturer les bords de l'excision pour prévenir la formation d'un tissu de cicatrice. Pour la dilatation primitive de la vulve, le spéculum de Goodell est un bon instrument dont Mann a augmenté la force par addition de contreforts d'acier. Tout rapport doit être interdit jusqu'à guérison complète.

Atrésie du vagin. — Le traitement consiste à réséquer les bandes fibreuses, à dilater soigneusement le conduit et à pratiquer des opérations plastiques, de telle sorte que tout le calibre vaginal soit revêtu de muqueuse. Après l'opération, maintenir le vagin largement dilaté au moyen d'un tamponnement iodoformé. Ces atrésies sont plus fréquentes après la ménopause.

Lacérations du col. — Il n'est pas besoin de défendre la trachélorraphie qui a fait ses preuves et on sait que les lacérations profondes sont une cause de stérilité et d'avortement.

La sténose du col est presque toujours associée à une déformation du col et à l'antéflexion, conditions relevant d'une imperfection de développement. Le traitement le plus efficace consiste dans la dilatation forcée suivie du curettage, s'il y a lieu, et du tamponnement prolongé, à la gaze iodoformée. Certains usent des tiges intra-utérines, en verre, en aluminium, etc.; l'auteur n'en a pas l'expérience et s'est toujours bien trouvé de la dilatation, maintenue pendant plusieurs semaines, au moyen de bandes de gaze : un lavage de la cavité à l'eau oxygénée est fait à chaque pansement.

La sténose acquise ou l'obstruction du col a toujours été observée par lui au voisinage de la ménopause.

Déplacements. — Les déviations antérieures rentrent dans la catégorie précédente et sont justiciables de la dilatation et du tamponnement, du reste, ils ne sont pas, par eux-mêmes, une cause de stérilité. Les déviations postérieures sont souvent corrigées par un pessaire approprié, ou mieux par l'opération d'Alexander, qui est la méthode de choix, et qui, dans la pratique de Mann a été plusieurs fois suivie de grossesse et d'accouchements heureux.

L'endométrite et la dégénérescence adénomateuse, deux états qui peuvent fort bien se distinguer l'un de l'autre, sont les causes les plus fréquentes de la stérilité. La dilatation et le curettage, renouvelés au besoin et suivis du tamponnement prolongé, qu'on change 3 fois par semaine, triomphent toujours de ces lésions et on ne compte plus les cas de grossesses qui ont suivi ce traitement.

Le catarre cervical est incontestablement une cause fréquente de stérilité en raison de l'action meurtrière pour les spermatozoïdes de l'écoulement acide du col. Si le catarre résiste aux topiques, il est indiqué de faire un curettage profond de toute la hauteur du col, au moyen d'une curette d'acier tranchante. Mais, dans 31.5 % des cas, la cause de la stérilité tient à l'Homme, aussi est-il de nécessité élémentaire de faire l'examen du sperme avant d'entreprendre le traitement sur la Femme.

Quant aux *tumeurs utérines*, leur traitement comporte des indications propres.

Lapthorn Smith. — GROSSESSE CONSÉCUTIVE A LA VENTROFIXATION AVEC PERFECTIONNEMENTS DE LA TECHNIQUE. (*Annals of Gynaec. and Pediatry*, juillet 1898.)

D'une enquête portant sur 2500 cas, appartenant à 111 opérateurs, et dont 41 personnels, l'auteur tire les conclusions suivantes :

1° En ce qui concerne la cure des rétrodéviations : rétroflexion, rétroversion, antéflexion avec rétroversion et prolapsus de l'utérus, la ventrofixation, avec double suture à la soie, traversant le péritoine et le fascia, donne les meilleurs résultats. Les échecs sont inconnus lorsque l'opération a été ainsi faite.

2° La ventrofixation doit être réservée pour les cas où la laparotomie est nécessaire pour d'autres motifs : libération d'adhérences, extirpation d'annexes malades. Si on a lieu de croire à l'éventualité d'une grossesse ultérieure, il faut recourir à d'autres opérations, parce que :

3° Bien que la grossesse ne soit survenue que 148 fois sur les 2500 cas, 30 fois sur cent, soit dans 36 cas, il y a eu douleurs, avortement ou dystocie requérant des opérations obstétricales.

4° Quand on a obtenu la suspension pure de l'utérus, c'est-à-dire sa fixation au péritoine seulement, quelques récidives ont été observées ; mais, par contre, les douleurs ont été nulles pendant la grossesse, et l'accouchement n'a pas exigé d'intervention obstétricale sérieuse. On doit donc suspendre, et non fixer, l'utérus à la paroi dans tous les cas où il reste du tissu ovarien.

5° Une autre méthode — le raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds — est préférable à la suspension, aussi bien qu'à la fixation pariétale de l'utérus. Le procédé consiste à replier et à suturer sur lui-même le ligament ou son moignon si on enlève les annexes. Si une grossesse survient, les ligaments se prêtent à son développement et on n'observe ni douleurs, ni accidents sérieux, comme il en survient dans 30 % des cas de ventrofixation.

6. Si l'utérus est attaché à la paroi abdominale, les sutures doivent mordre sur la paroi antérieure de l'organe, mais seulement au voisinage du fond : les complications sont bien plus fréquentes lorsque l'antéversion est très marquée, ce qui arrive lorsque c'est le fond même qui est attaché à la paroi.

7° On doit rendre la surface adhérente aussi large que possible en scarifiant en même temps la face antérieure de l'utérus et la surface correspondante du péritoine : en pareil cas, une seule suture perdue à la soie suffit à maintenir l'organe en bonne position.

8° Bon nombre de correspondants ont signalé à l'auteur de multiples cas de grossesses survenues après l'opération d'Alexander et conduites à terme sans nul fâcheux incident ; on devrait donc préférer cette opération dans tous les cas où l'utérus et les annexes sont libres d'adhérences.

9° Les résultats de l'Alexander sont tellement heureux, qu'on pourrait même, en cas d'adhérences, libérer celles-ci par une courte incision médiane et raccourcir les ligaments par la méthode d'Alexander, puis fermer le ventre. Cette façon de procéder n'ajouterait pas plus de 1/2 à 1 % à la mortalité, qui est nulle dans l'opération d'Alexander.

St. BONNET.

Tout ouvrage dont il sera envoyé deux exemplaires sera annoncé et analysé s'il y a lieu.

R. PICHEVIN, *Directeur-Gérant*.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE DAIX FRÈRES.
Maison spéciale pour Journaux et Revues.



SOMMAIRE

SUR LES SUPPURATIONS PELVIENNES

Par le Professeur A. Le Dentu,

Membre de l'Académie de Médecine.

Il y a quelques années, à une époque où l'incision des culs-de-sac vaginaux était tombée en discrédit auprès de beaucoup de chirurgiens, j'ai soutenu qu'elle offrait une ressource précieuse pour le traitement de certaines suppurations pelviennes. Je joignais ainsi mes efforts à ceux de Laroyenne et d'un très petit nombre de nos collègues de Paris restés fidèles à cette ancienne pratique. C'est donc avec une réelle satisfaction que j'ai vu, depuis lors, s'accentuer un mouvement d'opinion en sa faveur.

Après s'être manifesté au sein de la Société de Chirurgie par plusieurs communications et discussions importantes, ce mouvement a abouti finalement au plaidoyer très chaud de M. Monod, étayé d'une série de faits heureux. Nous en sommes à la deuxième oscillation du pendule ; la troisième sera sans doute caractérisée par une mise au point judicieuse, si j'en juge d'après les réserves apportées à cette tribune par la plupart des orateurs qui m'ont précédé. Je dirai, sans plus tarder, que je partage ces réserves, et que, sans avoir nullement changé d'opinion, j'estime qu'il ne faut pas trop demander à l'incision des culs-de-sac vaginaux dans le traitement des suppurations pelviennes. La raison en est que ces dernières se présentent dans des conditions très diverses.

Suivant qu'il s'agit d'hématocèle suppurée, de salpingite ou d'ovarite, compliquée ou non de pelvi-péritonite, suivant que les collections purulentes sont plus ou moins volumineuses, uniques ou multiples, plus ou moins élevées dans la cavité pelvienne, limitées par des adhérences plus ou moins fermes, récentes ou anciennes, des indications surgissent en faveur, tantôt de l'intervention vaginale, tantôt de la laparotomie Il me semble qu'en dépit des contradictions qui nous divisent encore et en vertu de l'expérience de chacun de nous, une opinion moyenne, à peu près définitive, pourra sortir de la discussion actuelle.

Prenons le cas le plus simple, celui d'une hématocèle transformée en collection purulente. Très souvent la poche est unique et assez régulière. En même temps qu'elle remonte plus ou moins haut vers l'ombilic, elle bombe vers le vagin, en refoulant l'utérus en avant, le cul-de-sac vaginal postérieur en bas, et en décollant la cloison rectovaginale, de telle sorte qu'elle proémine quelquefois jusqu'à la vulve.

L'indication est précise et facile à réaliser ; l'incision large de la saillie fluctuante, en long ou en travers, à la condition toutefois qu'on se méfie des artères vaginales parfois énormément développées, la mise en place d'un gros drain en croix, ou de deux drains juxtaposés qu'on introduit aussi loin que possible, cette incision amène immédiatement une détente marquée ; la tumeur s'affaisse, la fièvre tombe et, finalement, la guérison survient après un laps de temps de vingt-cinq à trente jours.

Dans ce cas, elle ne procure pas seulement une amélioration momentanée, mais bien la guérison définitive, en ce sens que la suppuration est tarie à tout jamais et qu'elle ne tend pas à se reproduire. Seulement il arrive que les adhérences, dans lesquelles l'utérus et ses annexes se trouvent enfermés, causent à la longue des douleurs telles qu'une seconde opération est nécessaire. L'incision du cul-de-sac n'a donné qu'une guérison temporaire, en tant que suppression absolue de tout phénomène morbide, mais au point de vue de la suppuration pelvienne, la guérison qu'elle a procurée a été complète.

Ainsi, en supposant le cas le plus simple, il y a deux résultats possibles de l'intervention : la guérison vraie, par la suppression de la suppuration et de tout signe de tubo-ovarite, la guérison temporaire, prolongée par la suppression de la suppuration, mais avec persistance de douleurs causées par des tubo-ovarites prolongées ou par de simples adhérences.

L'hématocèle suppurée ne se présente pas toujours dans des conditions aussi normales. Il se peut que des cloisonnements en partagent la cavité en poches indépendantes. Il se peut aussi que des communications s'établissent entre cette cavité et les organes voisins : rectum, vessie. Dans le premier cas, l'incision pure et simple ne suffit plus ; une fois la poche principale largement ouverte, il faut pratiquer des dilacérations profondes pour convertir toutes les collections en une seule et assurer le drainage des plus éloignées. Or ces manœuvres ne vont pas sans quelque danger, malgré la précaution prise de soutenir la paroi supérieure des abcès avec la main gauche appliquée sur le ventre. En dépit de ce risque, l'incision vaginale demeure encore l'opération de choix dans ces cas plus compliqués, parce que la laparotomie expose encore plus à la péritonite généralisée. Rien n'est plus difficile, en effet, que d'aseptiser ces foyers irréguliers, à parois souvent minces, qui se rompent pendant les manœuvres et déversent leur contenu sur les compresses protectrices de la masse intestinale, ou trop fréquemment autour de ces compresses, sur l'intestin, l'épiploon ou les parois du petit bassin. Si le pus n'est pas aseptique, nous savons tous par expérience que la désinfection absolue des parties contaminées, soit par le lavage abondant, soit à sec, n'est pas toujours réalisable. De sorte que, si, en théorie, la laparotomie est plutôt indiquée dans le cas de poches multiples, ses risques sont encore plus grands que ceux de la cœliotomie, et l'avantage reste à cette dernière.

Le véritable risque de la simple incision vaginale ne réside pas dans l'insuffisance du drainage des poches purulentes, dans l'évacuation incomplète des foyers. Celui-là existe bien aussi ; mais on peut y remédier par une hystérectomie vaginale ou une laparotomie secondaire ; il réside dans cette rupture, ou dans l'infection péritonéale encore possible, même s'il ne s'est pas produit une inondation purulente intra-péritonéale.

La conduite du chirurgien doit-elle être la même, lorsque le ou les foyers communiquent avec la vessie ou le rectum ? Evidemment non ; parce que cette circonstance peut modifier notablement le pronostic opératoire.

La laparotomie suivie de l'extirpation ou simplement du tamponnement des poches, est trop périlleuse, même avec un drainage complémentaire vaginal. L'hystérectomie vaginale répond aux exigences de la situation, en dérivant la suppuration qui entretient la communication anormale ; mais, outre qu'elle n'est pas toujours indispensable, elle ne met pas les malades entièrement à l'abri de l'infection par le passage des matières fécales et de l'urine dans la plaie opératoire. C'est alors le cas de se souvenir d'un autre mode d'intervention peut-être un peu trop délaissé en ce moment, comme le fut jadis l'incision vaginale, je veux parler de la kystopexie, appelée vulgairement la marsupialisation de la poche. La fixation de cette dernière à la paroi abdominale m'a donné quelquefois d'excellents résultats d'où je tire en ce moment un argument que je crois de valeur en faveur de ce mode opératoire dont la bénignité n'a pas besoin d'être démontrée.

Qu'on n'objecte pas qu'on n'obtient par cette méthode que des améliorations ou des guérisons temporaires. Quelquefois, peut-être (je l'accorde volontiers, puisqu'aucune méthode n'est à l'abri de tout reproche) ; mais non toujours.

J'ai revu il y a quelques jours une personne que j'ai opérée il y a plus de dix ans à l'hôpital Saint-Louis, avec l'aide de M. Routier. Chez elle le petit bassin était rempli en grande partie par une collection qui communiquait largement avec le rectum et qui ne bombait nullement au fond du vagin. Je fis la laparotomie et j'établis entre le foyer et la paroi abdominale une série de sutures en collerette qui isolèrent absolument la poche de la cavité péritonéale.

Pendant plusieurs mois, il s'échappa de l'orifice abdominal

d'abondantes matières fécales, puis des gaz. Peu à peu, l'oblitération du trajet se fit, et finalement la guérison survint ; guérison absolue, qui s'est maintenue depuis dix ans, et pendant cette longue période, la malade n'a présenté ni troubles des règles, ni douleurs du côté de l'utérus et de ses annexes. Elle ne pourrait pas être mieux, même si elle avait subi l'hystérectomie vaginale ou abdominale la plus parfaite.

Tout récemment encore, j'ai opéré à l'hôpital Necker une Femme qu'on pouvait supposer atteinte de double tubo-ovarite suppurée et de péritonite surajoutée aux lésions annexielles. Des masses bosselées remontaient, chez elle, jusqu'au voisinage de l'ombilic ; rien ne faisait saillie dans les culs-de-sac vaginaux. Je choisis d'emblée la laparotomie, et j'atteignis d'abord deux collections séreuses superposées, séparées du reste de la séreuse par une paroi passablement mince que je me gardai de déchirer.

Par la seconde de ces cavités, j'eus accès vers deux collections purulentes très profondes, adhérentes à la concavité du sacrum et du coccyx, que j'ouvris largement par dilacération. Un gros tube, introduit par la plaie abdominale et par le vagin, assura le drainage en même temps qu'un autre gros drain hypogastrique, plongeant jusqu'au fond de l'excavation.

Sans faire un véritable tamponnement, j'enroulai un peu de gaze iodoformée autour des drains. La première poche séreuse qui avait servi pour ainsi dire de vestibule aux autres, fut fixée à la paroi abdominale. Voilà encore un cas où des tentatives d'extirpation complète auraient donné lieu à de grandes difficultés et à de très gros risques. Par la kystopexie j'ai obtenu beaucoup plus simplement de bons résultats qui pourront bien se maintenir, comme dans le fait précédent.

J'en pourrais citer d'autres ; mais ceux dont j'ai fait mention ne suffiront-ils pas pour rappeler l'attention sur ce mode opératoire digne de confiance pour certains cas donnés. Tout en restant d'une application exceptionnelle, il ne mérite pas, selon moi, d'être dédaigneusement repoussé ; mais il exige, pour donner tout ce dont il est capable, la réunion de plusieurs circonstances, à savoir : le peu de tendance de la collection ou des collections à se porter vers le vagin, un développement assez considérable de la poche pour qu'on puisse la mettre en contact avec la paroi abdominale antérieure, la fermeté assez grande de sa paroi pour qu'elle ne se déchire pas sous l'effort même faible des tractions. Si ces conditions ne sont pas réalisées, mieux vaut recourir sans hésitation, suivant les cas, à l'hystérectomie vaginale ou à l'extirpation des poches, avec ou sans l'utérus, par l'incision abdominale. Nous verrons plus loin quelles raisons devront faire pencher du côté de l'une ou de l'autre des opérations.

Jusqu'ici, il a été principalement question des collections volumineuses uniques ou multiples, se rattachant étiologiquement à l'infection d'une hématocèle, ne communiquant pas ou communiquant avec la vessie ou le rectum. Envisageons maintenant le cas encore plus fréquent des salpingites ou des tubo-ovarites suppurées, compliquées ou non de péritonite purulente enkystée et des mêmes communications avec les organes creux du voisinage.

Quelques-unes des considérations développées plus haut vont leur être applicables.

Voici un premier cas : une des trompes ou l'ovaire est converti en une collection purulente d'un volume médiocre, comparable à celui d'un gros œuf de dinde ou d'un petit poing. Si cette collection vient à adhérer à l'un des culs-de-sac vaginaux, si la muqueuse cesse de glisser à la surface, si l'on perçoit à son niveau une sensation de fluctuation assez nette ou de rénitence élastique répartie sur tous les points de la tumeur, l'incision simple est indiquée. Elle exige seulement, comme précaution importante, qu'avant de la faire, on recherche avec soin les vaisseaux dont la blessure pourrait être grave.

Elle est encore indiquée, ou du moins justifiable, même si l'adhérence ne s'est pas encore établie entre la paroi de la poche et la muqueuse vaginale, à condition toutefois que la collection ne soit pas située trop haut et qu'elle ne soit pas assez mobile pour fuir devant le doigt et les instruments. Autrement il serait préférable de faire d'emblée la laparotomie.

Voici un deuxième cas : les deux trompes transformées en abcès et notablement dilatées au contact au-dessus du cul-de-sac de Douglas. Elles forment à elles deux une tumeur assez régulière, nettement pelvienne, ne dépassant ni le pubis ni, le promontoire. Il n'y a pas de plastron sus-pubien. Cette fois l'incision du cul-de-sac postérieur peut encore procurer une guérison parfaite ; mais la distinction entre les cas récents et les anciens, dont j'ai déjà affirmé l'importance ici même, il y a huit ans, me paraît tout à fait de mise.

La suppuration est-elle aiguë, de toute fraîche date, incisez d'abord, ouvrez successivement les deux poches sans enlever l'utérus, quitte à en débarrasser la malade un peu plus tard. La suppuration se rattache-t-elle à des complications inflammatoires déjà anciennes, est-elle réchauffée ou est-elle demeurée à l'état chronique, l'incision cesse d'être suffisante. C'est l'hystérectomie vaginale qui est indiquée, ou la laparotomie, suivie ou non de l'ablation de l'utérus, si l'on croit pouvoir éviter à la malade les risques plus grands auxquels cette dernière opération semble encore exposer, malgré les progrès accomplis dans son exécution.

Dans un troisième cas à envisager, le nombre des poches ne peut pas être déterminé sûrement. La cavité pelvienne est remplie de collections irrégulières, à parois molles par places, fermes en d'autres points. La simple incision du cul-de-sac vaginal est ordinairement insuffisante ; elle est en plus dangereuse, car il arrive que les poches les plus élevées se rompent du côté de la cavité péritonéale pendant les manœuvres. Cet accident a causé la mort de deux ou trois de mes opérées. Si les collections entourent l'utérus en restant assez bas dans la cavité pelvienne, l'hystérectomie vaginale d'emblée doit être préférée sans hésitation. Si elles remontent beaucoup vers l'ombilic, si l'épiploon et probablement l'intestin y adhèrent, l'hésitation n'est pas plus permise ; mais c'est par l'ouverture large du ventre qu'on portera le mieux remède à cette périlleuse situation. On pourra faire suivre l'extirpation des poches de celles de l'utérus.

On l'a vu, je reste fidèle à l'éclectisme dont j'ai toujours fait la règle de ma pratique. Sous ce rapport, je me déclare aujourd'hui irréductible comme je l'ai toujours été. Mais si un jour les dangers de la laparotomie pouvaient être presque sûrement écartés, si les risques de cette opération étaient ramenés au degré de ceux de l'hystérectomie, si la léthalité s'égalisait de part et d'autre, je reviendrais avec une profonde satisfaction à la laparotomie qui m'est chère, que j'ai déjà défendue contre les partisans trop absolus de l'hystérectomie vaginale, à la laparotomie qui seule et presque toujours rend possibles les opérations complètes. Je deviendrais absolu dans la faveur que je lui accorderais, mais mon éclectisme aurait encore à s'exercer dans le choix entre elle et la simple incision vaginale.

Les considérations précédentes peuvent être résumées en quelques propositions :

A. — L'incision simple des culs-de-sac vaginaux est indiquée : 1° dans le cas d'hématocèle suppurée à poche unique, 2° dans le cas d'hématocèle suppurée à cloisonnements, si une barrière solide d'adhérences paraît exister du côté de la cavité péritonéale ; 3° dans le cas de salpingite ou d'ovarite suppurée unilatérale, à condition que la poche soit adhérente à la muqueuse vaginale, ou si elle ne l'est pas, peu élevée au-dessus du cul-de-sac ; 4° dans le cas de salpingite suppurée double, à condition que les deux poches purulentes soient accolées, semblent n'en faire qu'une et soient peu élevées dans le petit bassin ; 5° d'une façon générale l'ancienneté des lésions, leur marche plutôt chronique indiquent une autre opération, même lorsque ces lésions réalisent les conditions que je viens d'énumérer.

B. — L'incision des culs-de-sac vaginaux est contre-indiquée : 1° dans le cas d'hématocèle suppurée à nombreux cloisonnements, surtout lorsque les limites supérieures des lésions sont imprécises et qu'il y a lieu de craindre la rupture des adhérences les plus élevées pendant les manœuvres ; 2° lorsqu'il y a des raisons de soupçonner l'existence d'une salpingite ou d'une ovarite unilatérale ou double, compliquée de péritonite enkystée à une ou plusieurs loges ; 3° lorsque le foyer, même peu développé, est situé assez haut par rapport à l'utérus ; 4° lorsque l'épiploon est induré et épaissi au-dessus de la tumeur et contribue grandement à la former.

C. — Dans tous ces cas, il faut d'emblée faire l'hystérecto-



mie vaginale ou la laparotomie. La bénignité relative de la première la recommande toutes les fois que les poches sont basses et entourent l'utérus de toutes parts. Il y a seulement à regretter que l'extirpation des annexes malades et fortement adhérentes soit souvent incomplète et qu'il en résulte pour les opérées des accidents ou des troubles de santé ultérieurs avec lesquels il faut compter.

D. — La laparotomie doit être préférée sans hésitation, toutes les fois que les collections purulentes remontent très haut, que l'épiploon est impliqué dans la tumeur, que des adhérences intestinales multiples sont très probables, ou encore, lorsqu'une poche purulente unique et assez bien délimitée se trouve placée trop haut au-dessus du vagin pour qu'on soit sûr de l'atteindre, de l'ouvrir, et de la drainer sans risque d'infection du péritoine voisin.

E. — Enfin, si l'incision des culs-de-sac n'a pas procuré une guérison complète, on doit pratiquer, sans beaucoup attendre, une hystérectomie vaginale ou une laparotomie vaginale ou une laparotomie secondaire. Ordinairement, l'ouverture simple du foyer ou des foyers a pour résultat de mettre les malades dans des conditions plus favorables pour une autre intervention. Même si l'on a des raisons de penser d'emblée que la première intervention ne sera pas suffisante, il y a avantage, quand il s'agit de malades très épuisés par une inflammation aiguë, à agir en deux temps convenablement espacés.

L'incision des culs-de-sac est donc, suivant les circonstances, une opération d'attente imposée par la marche de la maladie, ou une opération d'attente systématique ; mais, assez fréquemment, pour que la confiance en elle ne soit pas profondément ébranlée par ses insuccès, elle est complètement et définitivement curative.

DE LA GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

Causerie faite au Cercle d'Etudes médicales de Bruxelles,

Par le Dr C. Jacobs.

(*Journal d'accouchements*, Liége, 26 juin et 10 juillet 1898.)

Il y 4 semaines, les Drs Delsaux et Lorthioir m'appelèrent en consultation auprès d'une malade dont l'histoire nous donne les caractéristiques de l'affection que nous voulons présenter à votre discussion.

C'était une nullipare de 41 ans, n'ayant dans ses antécédents aucune trace morbide quelconque du côté génital. Un mois environ avant notre visite, elle fut subitement prise de douleurs abdominales sans localisation précise. La menstruation, légèrement en retard, comme d'ailleurs elle se présentait depuis un an environ, avait coïncidé avec l'apparition de ces douleurs, qui cédèrent au repos et à des applications de cataplasmes. La santé semblait revenue complète, la malade vaquait à ses occupations quand, l'avant-veille de notre consultation, reparurent les douleurs abdominales, accompagnées cette fois de ballonnement du ventre et d'un écoulement sanguin vaginal assez abondant. Les médecins traitants prescrivirent une thérapeutique symptomatique, mais la situation prenant une tournure inquiétante, ils m'appelèrent. Je trouvai une malade fortement anémiée ; les extrémités (mains et membres inférieurs) étaient froides ; ventre très ballonné, respiration courte. T° 36° à 36°4, pouls fréquent et petit ; depuis quelques heures, vomissements muqueux continus ; subdélire.

La palpation et la percussion de l'abdomen ne donnaient comme renseignement que la tympanite généralisée. Au toucher vaginal : col petit, normal, corps ne paraissant pas augmenté de volume ; annexes impalpables, rien d'anormal dans les culs-de-sac. Toucher rectal, aucun autre signe. L'absence de vomissements fécaloïdes nous fit écarter la possibilité d'un étranglement intestinal, d'un iléus, et nous admîmes d'emblée l'existence d'une hémorragie interne récidivante. Nous réservions notre diagnostic quant à l'origine de cette hémorragie. L'état précaire de la malade demandait une intervention urgente. Nous la pratiquâmes quelques heures après. L'ouverture des parois abdominales donna issue à une quantité énorme (1500 à 2000 gr.) de liquide sanguin et de caillots. Ceux-ci enlevés rapidement, nous introduisîmes la main dans l'abdomen et amenâmes immédiatement au dehors l'utérus et ses annexes. Rien de spécial à l'organe utérin, ni aux annexes droites. La trompe gauche présentait une dilatation de la grosseur d'un œuf, dans son 1/3 externe. Le pavillon fortement dilaté laissait sourdre un liquide sanguin noirâtre. Nous pratiquâmes l'ablation de ces annexes. La dissection nous démontra qu'il s'agissait d'une *grossesse extra-utérine*. La malade fut soumise aux injections massives sous-cutanées de sérum artificiel et nous eûmes le plaisir de la voir se lever ces jours derniers, en pleine convalescence, après avoir présenté une pneumonie double quelques jours après l'opération.

Cette observation résume en quelques lignes la question si délicate et si difficile du diagnostic de la grossesse extra-utérine au début, et se trouve être en même temps un exemple typique des dangers que cette grossesse anormale fait courir aux femmes.

Pouvons-nous, dans l'état actuel de nos connaissances, en analysant toutes les données que les interventions chirurgicales nous ont permis de recueillir, pouvons-nous poser le diagnostic de la grossesse extra-utérine au début ? Pouvons-nous, d'autre part, trouver des données suffisamment démonstratives pour nous permettre d'amener la pleine et entière responsabilité d'une intervention opératoire hâtive ?

Tels sont les deux points de cette si intéressante question sur lesquels je veux retenir pendant quelques instants votre attention, en y apportant tous les renseignements recueillis dans ma pratique.

Le diagnostic de la grossesse normale se pose sur un ensemble de signes subjectifs et objectifs dont l'ensemble ne laisse, en général, aucun doute dès le 2e mois de la grossesse ; ce diagnostic peut même être fait dans les 1res semaines par un praticien expérimenté. Il en est loin d'être de même dans la grossesse extra-utérine. Dans la grosse majorité des cas, le diagnostic est impossible et la plupart des opérations ne sont faites que pour combattre les accidents de tumeurs annexielles quelconques non définis. Le diagnostic précis se fait lors de la dissection de la pièce anatomique, ou pendant l'opération, à cause d'aspects spéciaux de ces tumeurs.

La grossesse ectopique se présente pendant toute la durée de la vie génitale physiologique : sur 47 cas que nous avons opérés, nous voyons des malades de 19 ans à 48 ans. La majorité des cas cependant est entre 25 et 35 ans.

Nous avons observé que bon nombre de ces cas sont survenus chez des personnes ayant eu une ou plusieurs grossesses antérieures, normales, et chez lesquelles plusieurs années s'étaient écoulées sans apparence de fécondation nouvelle. (Parmi nos cas, nous trouvons 3 nullipares, 5 primipares, 39 multipares). Peut-être, s'il nous était *possible* de pousser nos enquêtes étiologiques très loin, trouverions-nous souvent comme cause étiologique probable les moyens si nombreux et si bizarres employés par les époux pour éviter la fécondation. Ce n'est là qu'une hypothèse.

Dans la grossesse normale, le 1er symptôme qui vient faire soupçonner la conception est la disparition de la menstruation. Lorsqu'il y a grossesse ectopique, l'analyse de nos observations nous permet d'affirmer qu'il y a *généralement*, non pas disparition des règles, mais retard plus ou moins prolongé. La femme se croit enceinte normalement et ne consulte évidemment pas son médecin. Après quelque temps, la menstruation réapparaît, plus abondante, et généralement dolente. On croit à *une perte*, on se tient tranquille quelques jours et, encore une fois, le médecin n'est pas consulté. Dans les cas de métrorragie trop abondante, si l'avis du praticien est jugé nécessaire, il se bornera à une prescription de seigle ergoté et au repos.

La menstruation va diminuant, cesse même souvent complètement, tout rentre dans l'ordre ; mais très peu de temps après apparaît un écoulement vaginal sanguinolent qui va pendant un temps indéfini. Ce sang est fortement coloré et son expulsion n'est en général accompagnée d'aucune douleur.

Cet écoulement sanguin se retrouve dans presque tous nos



cas de grossesses extra-utérines. *Il en constituerait donc un signe pathognomonique*.

Cette perte sanguine continue est également un signe d'avortement tubaire, car il est rare que, peu de temps après son apparition, ne surviennent pas les incidents pathologiques dont nous parlerons plus loin.

Tout peut cependant se passer sans qu'aucun signe quelconque ne vienne attirer l'attention jusqu'à ce que la grossesse arrive au 2e ou 3e mois ; mais, une fois encore, le fait est exceptionnel Ainsi, alors que sur nos 47 cas nous trouvons 18 cas interrompus entre 3 et 6 semaines, nous ne pouvons signaler que 8 cas entre 6 semaines et 2 mois, 9 cas entre 2 et 4 mois.

Si nous recherchons les antécédents pathologiques qui puissent nous mettre sur la voie de l'étiologie de ces grossesses ectopiques, nous voyons 22 cas qui ne présentent absolument aucun antécédent morbide génital et, dans les autres cas, sauf 3 exceptions, nous ne signalons que des inflammations utérines ou péri-utérines passagères, survenues généralement après des couches ou des avortements. Nous croyons donc pouvoir affirmer, d'après notre expérience, que l'on a à tort attribué une influence prédominante pour l'éclosion de la grossesse extra-utérine aux inflammations tubaires. Dans bon nombre de nos cas, nous avons pu, au cours des opérations, constater l'existence d'une inflammation tubaire récente du côté des annexes opposées, quelquefois des tumeurs kystiques salpingiennes, mais nous estimons, d'après l'aspect des lésions, qu'elles étaient toujours de date récente et coïncidaient ou étaient survenues peu de temps après la grossesse tubaire. *N'étaient-elles pas dues à des manœuvres abortives pratiquées sur les patientes qui se croyaient enceintes normalement* ? Nous pourrions quasi l'affirmer dans 3 cas. Ou encore aux moyens employés pour arrêter l'hémorragie continue utérine (cautérisations, crayons, tamponnements, etc.).

Cette lésion tubaire, infectieuse, se rencontre presque toujours dans une certaine classe de la société et nous a fait signaler à différentes reprises la nécessité vis-à-vis de laquelle on se trouve de pratiquer la castration totale ou l'ablation annexielle bilatérale dans la grossesse ectopique.

Un fait d'observation qui découle de nos cas est encore celui du temps parfois très long écoulé entre une inflammation utérine ou périutérine antérieure et la grossesse ectopique (1, 2, 6, 7 ans). Peut-on raisonnablement dans ces cas y attacher de l'importance ? Non. Aussi, si tant est qu'une affection génitale pathologique puisse favoriser l'éclosion de la grossesse extra-utérine, nous croyons que, dans la grande majorité des cas, les organes génitaux ne présentent et n'ont présenté antérieurement que des lésions inflammatoires bénignes. Un dernier argument en faveur de cette thèse est le nombre infime de patientes ayant, ou suivi un traitement spécial local, ou subi une opération : dans notre série, nous trouvons 3 cas de curettage antérieur, 1 cas d'hystéropexie abdominale, 1 cas de néphropexie. N'est-ce pas démonstratif par le temps de gynécologie opératoire actuel ?

Si nous résumons, nous devons conclure que le diagnostic de la grossesse extra-utérine, sauf exception, est impossible à déterminer ; tout au plus pouvons-nous émettre des hypothèses sur son existence dans la plus grande majorité des cas. Nous ne pouvons davantage actuellement déterminer la cause première de ces grossesses ectopiques ; nous trouvons souvent dans les antécédents génitaux des traces morbides, mais leurs dissemblances ne nous permettent pas d'en déduire des conclusions nettes.

***

Lorsque la situation anatomique de la greffe permet à la grossesse d'évoluer sans accident pendant les 2 premiers mois, le diagnostic devient plus facile. Les incidents du début, l'existence d'une tumeur annexielle, les douleurs qui peu à peu deviennent continues et progressivement plus fortes, amènent le praticien au soupçon de la grossesse anormale, que viennent confirmer les examens subséquents.

Si nous parlons de la situation anatomique de la greffe, c'est que nous avons remarqué dans la dissection des pièces anatomiques que nous avons opérées que l'avortement tubaire, ou interruption de la grossesse ectopique, se produit plus vite et plus généralement dans les cas où la greffe siège dans le 1/3 externe de la trompe.

C'est dans ces cas d'avortement tubaire que se présentent les accidents en présence desquels le praticien est appelé à décider de l'urgence d'une intervention grave, la laparotomie ; cette éventualité se présente dans ce que l'on a appelé les crises caractéristiques de la grossesse extra-utérine. La crise survient brusquement et s'accompagne de symptômes généraux qui laissent souvent très peu de temps à l'hésitation. L'exemple que nous vous donnions tantôt est typique.

Crise aiguë, lorsqu'il s'agit de grossesse ectopique, signifie interruption ou avortement, rupture de la poche fœtale de la trompe, etc.

Elle éclate brusquement, après un effort musculaire, le coït ; dans l'enquête hâtive que l'on fait lorsqu'on est appelé auprès d'un cas de l'espèce, ces renseignements restent peu précis, obscurs. La malade répond vaguement aux questions, l'entourage est affolé. Je crois certainement qu'un effort musculaire prolongé ou exagéré peut amener un accident, mais généralement j'attache peu de poids aux dires recueillis. L'interruption de la grossesse tubaire se fait, en général, soit à l'époque de la menstruation, soit dans les jours qui la précèdent ou la suivent immédiatement. Les règles, comme nous l'avons dit, persistent souvent comme en temps ordinaire. Nous avons pu constater cette coïncidence, 22 fois sur nos 47 cas ; l'avortement tubaire s'est produit au moment de l'époque menstruelle, et, généralement, vers la fin de la période. Il semblerait donc que la congestion génitale menstruelle peut ou doit avoir une réelle influence sur l'interruption d'évolution de ces greffes fœtales pathologiques.

A l'époque où se produisent les accidents, et nous vous rappelons l'exemple que nous vous citions au début de cette causerie, brusquement apparaissent des symptômes de péritonite pelvienne, localisée à l'un des côtés du bassin : nous voulons parler de douleurs abdominales, avec vomissements, fièvre peu intense et, en général, métrorragie. S'il s'agit, en l'espèce, de rupture tubaire, il y a des signes évidents d'hémorragie interne : refroidissement, petitesse du pouls, abaissement de la t°, météorisme. Le médecin appelé institue généralement une médication symptomatique, et généralement aussi — comme dans notre cas — peu à peu les symptômes s'amendent, disparaissent. Nous avons vu quelques exemples de grossesse tubaire avortée, dont l'interruption détermine cette crise que nous essayons de vous décrire, puis tout symptôme spécial disparut. Mais, ordinairement, ce n'est là qu'un répit et, aussi brusquement que la 1re fois, les mêmes symptômes reparaissent, avec une acuité souvent plus grande, tel dans notre cas. L'hémorragie interne a repris, la situation s'aggrave avec une rapidité telle que si l'on n'intervient pas immédiatement, la patiente est perdue.

Dans quelques cas, les symptômes abdominaux s'accompagnent d'hémorragie utérine abondante et continue ; celle-ci vient attirer toute l'attention du médecin, qui s'évertue à l'arrêter sans se préoccuper des symptômes abdominaux.

Le cortège de ces symptômes, leur rapidité, laissent dans le souvenir une impression telle, que celui qui y a assisté une fois ne peut s'y tromper. Mais ces symptômes sont-ils bien en rapport avec la gravité de l'hémorragie, autrement dit, doivent-ils nous inciter toujours à intervenir le plus rapidement possible ?

Dans le cas qui fait l'objet de cette causerie, nous avons trouvé l'abdomen rempli de caillots sanguins et de sang liquide, en quantité bien supérieure à celle que paraissait nous faire supposer l'état de la malade. Nous croyons que l'état du pouls, les symptômes locaux abdominaux, l'état général ne peuvent donner aucune indication quant à l'urgence de l'intervention, c'est-à-dire quant à l'abondance de l'hémorragie intra-abdominale. L'acuité des symptômes dépend de la sensibilité et de la réaction péritonéale. On peut en concevoir les variétés suivant les individus.

On croit généralement que la mort est rarement la terminaison de ces accidents. Je crois pouvoir cependant citer les nombreux cas dans lesquels le Dr Rochet, d'Anvers, a dû intervenir *in extremis*, cas qu'il a présentés à la Société belge de gynécologie, dans ces dernières années ; il arrive cependant que la mort ne soit pas la terminaison des accidents et



qu'après plusieurs semaines de souffrances, la santé parvienne à se relever. Ces cas sont-ils assez fréquents pour nous faire hésiter jusqu'à la dernière extrémité, lorsque nous nous trouvons appelés pour de pareils accidents ? Sommes-nous, d'autre part, suffisamment armés pour étayer une conviction inébranlable d'intervention rapide dans tous les cas où nous soupçonnons, par l'ensemble des symptômes, une hémorragie interne due à une rupture tubaire ? Ceci est une question très personnelle. Je n'hésite pas à déclarer que, personnellement, je suis partisan de l'intervention aussi hâtive que possible. parce que j'estime que l'intervention fera courir peu de dangers à la malade, permettra de lui sauver la vie et sera au moins faite lorsque l'état général est encore à même de supporter une intervention chirurgicale sérieuse. J'admets que cette conduite est discutable, mais, je le répète, c'est une question de tempérament, toute personnelle. L'intervention hâtive est pour moi moins dangereuse que l'expectation, celle-ci faite dans l'attente d'une opération qui s'imposera d'une minute à l'autre.

Il importe cependant, en semblables circonstances, d'agir froidement, posément, d'analyser tous les symptômes. Je base l'urgence de l'opération sur l'aspect général de la malade, sa t°, la fréquence du pouls, la coloration de la peau, la t° des extrémités, la décoloration des muqueuses. J'attache moins d'importance aux symptômes abdominaux ; au début, en effet, la réaction du péritoine peut être très forte pour des accidents locaux peu importants ; aussi ne devons-nous y attacher de l'importance que par leur persistance, leur aggravation continue.

L'examen local peut-il nous venir en aide ? La malade se trouve généralement dans des conditions qui rendent cet examen local très peu précis. On peut cependant rencontrer des cas dans lesquels le toucher vaginal peut faire diagnostiquer l'existence d'une hémorrhagie interne. Mais il arrivera souvent que le toucher vaginal ne renseignera rien, des déplacements utérins, des brides péritonéales anciennes empêchant le sang de s'accumuler dans le fond du pelvis. Dans notre cas, ce toucher ne nous fournit aucune donnée.

Ayant noté 32 fois sur 41 cas l'existence d'un écoulement sanguin utérin continu, je crois que ce symptôme doit être considéré comme important. Il est peu abondant, de couleur rouge-noire, sans caillots et continu.

L'augmentation de t° est rare, la présence du sang dans l'abdomen ne déterminant pas de péritonite au début des accidents. Un peu plus tardivement, le caillot peut passer à suppuration, ce qui peut être un moyen naturel de guérison, si une issue s'ouvre dans l'intestin ou la vessie, comme nous l'avons observé quelquefois. Ceci n'a qu'un gros inconvénient, c'est la persistance souvent indéfinie de ces fistules. En 1896, nous avons opéré une dame qui portait une fistule intestinale, survenue à la suite de grossesse extra-utérine (expulsion de débris fœtaux par l'intestin) depuis 12 ans ! Si cette terminaison heureuse (?) ne se produit pas, la malade va s'épuisant graduellement et l'on arrive peu à peu à la cachexie.

Certes, je pourrais citer des cas de grossesse extra-utérine ayant perduré des années sans accidents. Le professeur Hyernaux se plaisait à nous citer ainsi le cas d'une dame qui portait un kyste fœtal depuis plus de 20 ans. Mais le fait, tout constaté qu'il ait été, est d'une rareté exceptionnelle, et dans tous ces cas, j'estime que l'intervention s'impose de préférence.

Cette intervention, sur laquelle je n'ai pas à insister, se fera soit par la voie abdominale, soit par la voie vaginale, qu'il s'agisse d'une ablation partielle ou d'une ablation totale des organes génitaux.

Nous avons souvent dû recourir à l'ablation totale, ayant constaté, au cours des opérations, l'existence de lésions annexielles bilatérales. L'une et l'autre de ces voies donnent d'excellents résultats, mais présentent ses indications nettes suivant la situation et le plus ou moins de facilité d'extirpation ou d'évacuation. Le drainage post-opératoire est indiqué pendant quelques heures.

Telles sont, Messieurs, les réflexions d'ensemble que je puis déduire d'une série relativement assez considérable de cas de grossesses extra-utérines observés au cours de ces dernières années.

REVUE FRANÇAISE

Doléris. — PSYCHOSES SYSTÉMATISÉES, CHEZ LA FEMME, A LA SUITE D'OPÉRATIONS PRATIQUÉES SUR L'APPAREIL GÉNITAL. (*Soc. obst. et gynécol. de Paris*, 9 juin 1898.)

En 1895, je communiquais, au Congrès de gynécologie de Bordeaux, un mémoire portant sur neuf cas de *délire post-opératoire en gynécologie*.

Ces cas se présentaient avec des caractères communs, notamment en ce qui touche aux anamnestiques : antécédents personnels nerveux variés, mais non-délirants, dépression neurasthénique ancienne ou récente, perturbation psychique née de l'appréhension opératoire, et préparée par une maladie longue et douloureuse.

Chez certaines malades, on trouvait des habitudes d'éthylisme, de l'éthéromanie ou de la morphinomanie, une syphilis avérée.

Chez d'autres, on constatait seulement des tares arthritiques confirmées par une hérédité très significative à cet égard.

J'ai noté aussi, chez quelques-unes, l'influence de la ménopause.

Dans l'hérédité directe ou collatérale, je n'ai pu découvrir l'existence de vésanies caractérisées.

Ces conditions cependant, diversement associées et réparties suivant les cas, suffisent à donner la clef d'un état dégénératif de l'organisme et l'on peut dire que ces malades étaient toutes plus ou moins des *tarées*, ce qui suffit à présumer que les fonctions physiologiques et l'intégrité anatomique des organes principaux étaient déjà atteintes ou qu'elles étaient à la merci d'un choc subit tel que le traumatisme opératoire.

J'ai présenté l'observation plus ou moins abrégée de ces neuf cas auxquels j'en aurais pu ajouter deux autres si j'en avais connu alors la terminaison. L'un se rapporte à une malade de Charcot, Mme H., soignée et opérée par moi en 1889, qui avait présenté avant et après le traitement des symptômes délirants tellement fugaces que je n'avais pas cru devoir les faire rentrer dans mon cadre. Mme H. pouvait passer tout au plus pour capricieuse, appréhensive, fantasque. Mais tout cela ne ressemblait nullement à de la manie et elle avait paru se remettre très bien de ces troubles passagers. Ils témoignaient néanmoins d'une propension réelle à la manie véritable. Il y avait chez elle une hérédité significative. Son père s'était suicidé. Deux années après les troubles post-opératoires dont il vient d'être question, Mme H. donna des signes certains de folie qui nécessitèrent sa séquestration.

Une autre malade m'a offert l'exemple d'une évolution analogue, sur laquelle je n'insisterai pas.

Quant aux troubles psychiques eux-mêmes, envisagés au point de vue de leur systématisation, ils étaient fort disparates chez ces malades, au nombre de onze. Je n'essaierai donc pas de les faire rentrer dans une classification quelconque.

La question, placée sur un terrain plus large, est à l'ordre du jour ; un article intéressant du professeur Joffroy et des débats récents à la Société de Chirurgie, lui donnent un intérêt d'actualité.

J'ai observé une forme singulière, à pronostic bénin, chez des neurasthéniques sans tare nerveuse héréditaire, dont le trouble mental se caractérisait par la perte du sentiment de l'existence même de leurs organes génitaux externes.

Les malades sont convaincues qu'elles ne possèdent plus ces organes, alors qu'ils existent dans leur intégrité.

Certaines ont perdu, en outre, plus ou moins complètement, la sensibilité spéciale de la vessie et du rectum, et n'éprouvent que de vagues besoins d'évacuation. Chez d'autres, le sens des rapports topographiques de ces organes entre eux a disparu.

La sensibilité au contact et à la douleur sont parfaitement conservées ; les sphincters fonctionnent régulièrement.

Les sensations spéciales, éveillées antérieurement par le coït, sont entièrement éteintes.

Voici un premier fait :

Madame P. est une de mes plus anciennes clientes. Elle a subi, il y a douze ans, un traitement, il y six ans, une opération grave qui s'est terminée régulièrement et après laquelle elle a joui de six années de santé parfaite.

J'ai dû l'opérer à nouveau en décembre 1897, pour un néoplasme des annexes gauches.

A la suite de cette opération dont la terminaison a été des plus simples et des plus rapides, Mme P. a été, tout à coup, au bout de quelques semaines et au milieu d'un état général parfait, prise de troubles psychiques singuliers. Je dois dire que, sans être d'une culture très considérable, elle est d'un esprit éveillé et d'une imagination assez vive. Il est possible qu'elle fût au courant des idées qui circulent parmi le monde féminin, de la perte des sensations génitales à la suite des opérations, disent-elles,... de certaines opérations disent les plus avisées ; mais l'idée délirante était autre.

Elle revint en effet chez moi, accompagnée de sa sœur, à la fin de février, exactement le 24. A noter qu'elle avait eu ses règles normalement, le 13, pendant 4 jours, comme précédemment.



Elle fond en larmes sans prononcer un mot. Sa sœur l'accompagne, interdite, et pendant quelques minutes je ne pus obtenir aucune explication. Puis la malade me dit qu'elle sait bien qu'elle n'a plus rien dans le ventre, que tous ses organes lui ont été enlevés ; elle entendait la vulve, le clitoris, le vagin, que sait-on... ? à preuve qu'elle ne voit même plus quand elle elle urine, par où ni comment. Il lui semble que toute cette région de son individu lui fait défaut. Sa sœur ajoute qu'elle se prend fréquemment dans la journée à se tâter pour s'assurer qu'elle est intacte. Dans la rue, elle s'arrête brusquement pour porter la main aux parties génitales et se convaincre de leur intégrité. Elle devient mélancolique, pleure constamment et commence à refuser de manger. Il fallut la morigéner, la convaincre, lui montrer des dessins anatomiques de la région génitale, lui persuader de se regarder dans une glace.

Je lui affirmai qu'elle possédait tous ses organes externes et j'ajoutai que, pour les organes internes, la menstruation persistante lui en garantissait l'intégrité.

Elle parut convaincue et sa conviction se raffermit quand, de retour chez elle, elle fit, dans une glace, l'inspection de la région qu'elle disait absente. Mais ce ne fut qu'une éclaircie de courte durée.

J'avais prescrit des douches froides, des frictions, etc., l'état psychique ne s'améliorait pas, l'idée fixe persistait. Les règles reparaissent le 13 mars et durent 4 jours encore.

La malade revient me voir et est tout aussi troublée qu'auparavant. Elle ne cesse de pleurer, de se lamenter, elle tombe dans une tristesse profonde et maigrit sensiblement.

Un rapprochement qu'elle a tenté avec son mari l'a laissée froide ; il ne lui en a pas fallu davantage pour retourner à ses idées mélancoliques. Cependant l'hydrothérapie, les promenades qu'on l'oblige à faire toujours accompagnée, les injections hypodermiques de glycéro-phosphate ont amené la guérison au bout de quelques mois.

Dans les antécédents de cette malade on trouve une mère très bien portante âgée de 74 ans, un père mort à 64 ans, obèse, alcoolique, nerveux : elle-même excitable, et ayant par périodes fait quelques excès. Pas de syphilis.

Elle a subi un traitement génital il y a 12 ans, et une opération grave il y a 6 ans dans des conditions déplorables, permettant un pronostic très grave et enfin récemment une laparotomie bénigne, rapide, qui n'a pas troublé un instant sa santé.

Il reste sûrement un brin d'ovaire à gauche, et l'utérus entier. Rien donc ne justifie la conception délirante.

C'est un trouble nerveux central, une psychose à répercussion systématisée sur la région pelvi-génitale, et dont l'origine a pu, dès le début, être une perturbation de la sensibilité spéciale des organes de la région.

Une autre opérée, Mme B., conserva longtemps une sensation inverse de la précédente. Il lui semblait qu'elle était imperforée, et qu'à la place des orifices périnéaux, il existait un plan continu qui mettait obstacle à la sortie de l'urine et des matières fécales. Sur ces impressions s'était greffé un véritable état vésanique avec mélancolie, dépression, etc.

Une troisième malade, Mme H., se rapprochait beaucoup de la précédente par son délire. Après une opération d'Alexander qui avait très correctement replacé l'utérus et fait disparaître une compression douloureuse et constante sur le rectum, s'accompagnant de constipation opiniâtre et d'irradiations douloureuses vers l'anus et la jambe gauche, elle s'imagina qu'elle n'avait plus d'anus. Elle venait fréquemment à ma consultation me prier de m'assurer de la perméabilité ou de l'existence de cet orifice. Puis ce furent la vessie et l'urèthre, qui faisaient défaut. Enfin, la malade finit par être convaincue de l'existence de tumeurs externes dont elle indiquait le siège dans la région vulvo-vaginale, et qui, d'après elle, apparaissaient et disparaissaient avec une étrange facilité. Il fallait conclure à un délire fixe, et malgré moi je me sentais porté à établir une comparaison entre ces désordres et les symptômes exagérés certainement que la malade accusait avant d'être opérée.

On ne saurait mieux assimiler cette perturbation psychique chez la Femme qu'à la petite hypochondrie telle que Ballet l'a décrite dans ses leçons cliniques de Saint-Antoine.

Il y a lieu cependant d'établir une différence fondamentale entre l'hypochondrie dont le point de départ semble être dans les viscères de l'épigastre et les troubles propres aux Femmes qui rapportent toutes leurs perturbations et tous leurs malaises à l'hypogastre. Si l'on pénétrait le secret de cette singulière morbidité on arriverait probablement à élucider bien des questions intéressantes pour la gynécologie.

Discussion :

M. Charpentier. — Je n'ai jamais vu de faits analogues ; mais j'ai été frappé de la relation qui existe entre les troubles psychiques et les troubles des organes génitaux. Une jeune Femme de mes clientes, mère de famille émérite, vint un jour me trouver et m'avoua en pleurant qu'elle se sentait devenir folle, qu'elle éprouvait une véritable horreur pour son mari et ses enfants. L'ayant examinée, je constatai un très léger abaissement de l'utérus. Je plaçai un anneau de Dumontpallier et 48 heures après tous les accidents avaient disparu. Il suffit chez certaines nerveuses, d'un trouble très léger du côté des organes génitaux, pour voir se manifester de véritables vésanies.

M. Petit. — C'est là du délire de persécution avec idées génitales : Avant d'opérer ces Femmes, il faut bien étudier leur état mental et, dans le doute, s'abstenir de toute intervention.

M. Porak. — J'ai, dans ma clientèle, une Femme d'une soixantaine d'années qui est persuadée qu'elle a perdu le sens de l'équilibre. Elle n'a absolument rien d'anormal du côté des organes génitaux, mais elle prétend que tous les troubles cessent dès qu'on lui a placé un tampon dans le vagin.

M. Doléris. — Certains troubles insignifiants des organes génitaux peuvent, en effet, retentir profondément sur le système nerveux. Comme M. Petit, je suis convaincu qu'il faut examiner l'état mental des malades avant de les opérer : ce sont même là les conclusions de mon mémoire sur la folie post-opératoire.

M. Poitou-Duplessis. — J'ai observé un cas de manie puerpérale qui dura trois jours, chez une Femme récemment accouchée. Cette manie paraît avoir été causée chez elle par la résorption urinaire : la vessie, paralysée, se vidait mal. Il suffit de faire des cathétérismes répétés pour voir cesser ces troubles vésaniques.

M. Lutaud. — J'aurais deux cas intéressants à citer à propos de cette question. Je demande donc à la Société de vouloir bien remettre cette discussion à l'ordre du jour de la prochaine séance.

Cette proposition, mise aux voix, est acceptée.

P. Jayle. — L'examen gynécologique en position déclive. (*Presse médicale*, 22 juin 1898).

Utiliser la position déclive pour le diagnostic des affections abdomino-pelviennes est une idée trop simple pour être neuve et, pourtant elle n'a pas fait son chemin, puisque tout le monde s'en tient à la position dorso-sacrée. Ce n'est pas que celle-ci satisfasse à tous les desiderata, mais la position déclive a été jusqu'ici d'une application compliquée.

Freund (1), qui en a parlé le premier, donne en effet une technique peu faite pour encourager les cliniciens : on étend un matelas sur le parquet et on y couche la malade que l'on a chloroformée profondément dans son lit. Pendant qu'un aide continue l'anesthésie, deux autres, saisissant sous le jarret chacun une jambe de la malade, la soulèvent de manière que la tête et les épaules reposent seules sur le matelas. On pratique alors, suivant le mode habituel, le toucher vaginal ou rectal, en recourant au besoin, pour fixer l'utérus, à la pince tire-balle de Hégar. Lentz (2), qui a fait cette description de la technique de son maître Freund, relate trois observations, dont deux ont trait à des tumeurs compliquées d'ascite, dans lesquelles la « suspension », pour prendre son expression, permit de faire ou de compléter un diagnostic difficile.

V. Stroynowski (3), en 1891, recommande, dans un très court article, la position de Treudelenburg dans les cas de tumeurs abdomino-pelviennes, mais sans insister sur les moyens d'obtenir cette position.

O. Beuttner (4), en 1857, préconise à son tour la position déclive dans le massage gynécologique et, tout récemment encore, il vient de publier un nouvel article (5), avec vingt observations, dans lequel il conseille vivement de pratiquer l'examen gynécologique dans cette même situation déclive. Il emploie le « plint » décrit par Thure-Brandt, avec une modification cependant. Celle-ci consiste en ce que la partie de la planche oblique, située entre les cuisses, puisse s'enlever, de telle sorte que, pendant l'exploration, le coude puisse se soulever et s'abaisser à volonté. Au domicile des malades, on utilise une planche à repasser placée de manière qu'une extrémité repose sur le cadre au pied du lit et l'autre dans le lit même ».

*
* *

Le procédé de « suspension » de Freund n'a jamais trouvé de partisan et avec raison. L'emploi de la table de Treudelenburg n'est guère plus pratique. Il n'en est pas de même du procédé recommandé par Beuttner : spontanément, ces dernières années, j'y ai eu recours de mon côté dans quelques cas difficiles. Mais j'ai trouvé que les malades n'étaient pas bien maintenues et que la situation

(1) Freund in Nicolaus Lentz. — Beitrag zur gynäkologischen Untersuchung in Suspension. *Inaug. Dissert.*, Strassburg, 1890.

(2) N. Lentz. — *Loc. cit.*, p. 21.

(3) J. V. Stroynowski. — Die Trendelenburg'sche Beckenhochlagerung betreffs gynäkologischer Untersuchung. *Centr. f. Gyn.*, 1891 n° 2, 10 janvier, p. 33.

(4) O. Beuttner. — Ueber gynäkologische Massage in Beckenhochlagerung. *Centr. f. Gyn.*, 1897, mai, n° 19, p. 545.

(5) O. Beuttner. — Du massage et du diagnostic gynécologique dans la position déclive, avec recherches critiques. *Rev. méd. de la Suisse romande*, 1898, n° 4, 20 avril, p. 199.



déclive n'était pas parfaite. Aussi ai-je été amené à construire une table à bascule ordinaire permettant la déclivité complète, avec cette particularité que les malades sont maintenues *par les épaules* et que la tête est relevée pour éviter la congestion encéphalique.

A cette table sont fixés deux étriers, de telle sorte que l'examen peut être pratiqué à la fois dans la position ordinaire et dans la position déclive sur le même appareil. On la perfectionnerait en rendant les étriers mobiles avec la planche de bascule, et en montant sur une glissière les épaulettes et le soutien de la tête.

Pour pratiquer l'examen, on se place successivement de chaque côté, en utilisant un escabeau pour dominer en quelque sorte la malade.

Cette table permet de pratiquer l'examen gynécologique ordinaire et l'examen en position déclive ; elle peut servir à la pratique des opérations dans ces deux positions ; elle permet encore d'appliquer le spéculum en position déclive et d'instituer ainsi de véritables bains de tout le fond du vagin avec des liquides antiseptiques qui, par le fait de la pesanteur, pénètrent d'eux-mêmes dans la cavité du col et sans doute du corps.

***

Les malades supportent aisément cette position ; il suffit de les prévenir du mouvement de bascule. La tête étant relevée, la congestion faciale est la plupart du temps presque nulle, excepté chez les obèses, ce qui ne m'empêche pas, d'ailleurs, de les examiner ainsi.

Il appartient à chacun de poser les indications de cette position déclive qui n'est évidemment pas nécessaire dans tous les cas ; mais elle m'a paru toujours utile et souvent indispensable pour préciser l'état des lésions quand les parois sont résistantes et les anses intestinales un peu distendues. Le bassin se vide pour ainsi dire de son contenu intestinal, la paroi se relâche mieux et il est logique d'affirmer que les sensations sont ainsi faciles à percevoir.

Deux figures montrent le dispositif de la table : la caractéristique de celle-ci est l'addition, non seulement d'un support pour la tête, mais d'épaulettes disposées de telle sorte que tout le corps, dans la position déclive, est maintenu par les épaules : la malade peut ainsi fléchir à volonté l'une ou l'autre ou même l'une et l'autre jambe.

Pérignon. — PROLAPSUS DES MUQUEUSES VAGINALES ET RECTALES CHEZ UN ENFANT DE ONZE JOURS ATTEINT DE SPINA BIFIDA LOMBO-SACRÉ. (*Communication à la Soc. des Sc. méd. de Lille*, mai 1898.)

Dans le n° 3 (mars 1898) des *Archives de médecine des enfants*, nous avons lu un article de Ballantyne, intitulé : *Prolapsus congénital de l'utérus*. L'auteur dit n'avoir trouvé, dans la littérature médicale, que huit cas semblables. De notre côté, nous en avons observé un en 1895 et la lecture de l'article de Ballantyne nous a remis en mémoire l'observation que nous avions alors recueillie et que voici :

Observation. — Il s'agit d'un enfant de onze jours.

La mère est primipare. Elle dit avoir toujours été bien portante. Elle nasonne fortement, par suite de bifidité du voile du palais : elle a, en outre, le nez déformé à la base. Il y a donc lieu de soupçonner la syphilis ; mais il est impossible d'avoir la certitude à cet égard. Le père de l'enfant est bien portant.

La grossesse s'est terminée, au bout du neuvième mois, par un accouchement normal. A signaler, pendant la grossesse, deux chutes : l'une assez grave, dans un escalier, du deuxième au troisième mois ; l'autre, dans la rue, au quatrième mois.

L'enfant porte à la région lombaire une tumeur du volume d'une grosse pomme, aplatie, absolument sessile, recouverte d'une peau violacée, entièrement glabre. Sa partie moyenne présente une ulcération arrondie de 4 à 5 centimètres de diamètre, ulcération due probablement au frottement des vêtements et à l'absence de protection de la tumeur.

Celle-ci est de consistance mollasse ; si on la touche, l'enfant s'agite et crie. Aucune modification de volume au moment des efforts et des cris. Il s'agit évidemment d'un spina bifida, portant sur toute la région lombaire du rachis et sur une partie du sacrum. Nous remarquons tout de suite que les deux membres inférieurs sont complètement paralysés : le chatouillement, le pincement n'y déterminent aucun mouvement. Il y a double pied-bot : valgus talus à gauche, varus talus à droite.

La région périnéale présente des malformations intéressantes. D'abord, il n'y a pas de sillon interfessier, le périnée bombe fortement.

L'orifice anal est béant, large comme une pièce de 2 francs et la muqueuse rectale fait légèrement saillie à l'extérieur.

L'orifice vulvaire laisse passer une tumeur cylindrique ou plutôt en forme de massue ; cette tumeur présente un orifice à sa partie inférieure qui est exulcérée. A première vue, il semble qu'il s'agit de l'utérus, mais un stylet poussé dans l'orifice pénètre dans une cavité assez large et profonde de 3 centimètres. Un utérus de cet âge n'aurait pas de telles dimensions. Près de l'orifice vulvaire, on remarque, à la surface de la tumeur, des plis transversaux indiquant qu'il s'agit bien de la muqueuse vaginale.

Les sutures crâniennes et les fontanelles sont larges. Pas d'autres malformations. L'enfant tette normalement (1).

Remarques. — Quelle est la cause de ce prolapsus des muqueuses rectale et vaginale ? Il nous paraît dépendre d'une malformation médullaire. Celle-ci n'est pas douteuse : il y a paraplégie complète ; il y a en outre des symptômes de paralysie, ou au moins de parésie du rectum et de la vessie. La mère nous dit, en effet, que l'enfant a des selles très difficiles, une, rarement deux, par jour, avec des matières rares et dures. Pendant notre examen, l'urine s'écoule sans jet et la mère ne peut nous dire s'il y a quelquefois jet. N'est-il pas permis de supposer que les matières fécales distendent le rectum, remplissent le petit bassin (ce que prouveraient le refoulement du périnée et l'effacement du sillon interfessier) et produisent la hernie des muqueuses par les orifices naturels relâchés par la paralysie ? Ce qui semble autoriser cette manière de voir, c'est que le prolapsus augmente. L'orifice anal était normal le premier jour au dire de la mère et ce n'est qu'au bout de deux ou trois jours qu'elle a remarqué le prolapsus vaginal. Celui-ci du reste s'accompagne sûrement de prolapsus utérin, car si l'on pénètre à une profondeur de trois centimètres dans la tumeur qui sort de la vulve, il faut remarquer que cette tumeur a environ deux centimètres et demi de longueur, de sorte que l'utérus est à un demi-centimètre de la vulve, c'est-à-dire certainement abaissé. Il y a lieu de supposer que cet abaissement ira en augmentant.

Ballantyne fait entrer en ligne de compte pour expliquer le cas qu'il a observé : d'abord, le facteur nerveux inhérent à la présence du spina bifida, puis l'hypertrophie utérine, le relâchement des ligaments pelviens, l'absence de tissu conjonctif dans le bassin, l'accroissement des diamètres du bassin, enfin les cris et les efforts de défécation. Il nous a paru plus simple d'attribuer une grande part à l'accumulation des matières fécales refoulant le contenu du bassin à travers des sphincters paralysés.

(1) Nous n'avons plus revu l'enfant qui a vécu quelques semaines.

REVUE AMÉRICAINE

Emiel Ries. — OPÉRATIONS PLASTIQUES SUR LES TROMPES (*Soc. méd. de l'Illinois*, 19 mai 1898, et *Annale of Gynae, and Pediatry*, juillet 1898.)

Les trompes ne sont ni plus ni moins que les conduits excréteurs des ovaires que nombre de processus pathologiques tendent à disjoindre. Si beaucoup de chirurgiens pensent encore qu'il n'est d'autre moyen que la suppression pour y remédier, on commence néanmoins à estimer qu'il y a eu trop de trompes inutilement enlevées et on essaye des opérations plastiques. Les indications de celles-ci sont de 3 ordres : 1° tumeurs bénignes, particulièrement adénomyomes de la trompe ; 2° grossesse extra-utérine, dans certains cas ; 3° inflammation, lorsqu'il n'y a ni pus ni processus aigu. L'occlusion peut siéger à l'extrémité abdominale, à l'extrémité utérine ou en un point quelconque, en cas de tumeur ou de grossesse ectopique et la dilatation peut être minime ou excessive. Le diagnostic certain de l'occlusion est difficile, et elle coïncide souvent avec la stérilité post-unipuerpérale, due alors à l'infection gonococcienne contemporaine de la fécondation. Souvent le diagnostic de l'occlusion n'est fait qu'au cours d'une laparotomie entreprise pour une autre cause. Les opérations ordinairement pratiquées sont la salpingostomie de Skutsch ou la résection de Martin. La salpingostomie consiste à faire une ouverture sur la trompe obturée et à suturer séreuse à muqueuse pour empêcher la réunion et on peut fixer cette néo-ouverture à l'ovaire.

Gersuny a tenté de rendre indélébile cette réunion de l'ovaire à la trompe en invaginant et fixant l'ovaire dans l'ouverture artificielle de la trompe. Martin conseille de réséquer l'extrémité obturée de l'oviducte et de suturer le moignon en le fixant ou non à l'ovaire. Des grossesses sont survenues après l'emploi de ces diverses méthodes. La salpingostomie est indiquée dans tous les cas de vieille inflammation avec intégrité à peu près complète de la muqueuse et absence de pus, lorsque l'extrémité abdominale est obturée. L'auteur l'a pratiquée encore en cas de grossesse tubaire développée dans la portion abdominale ou même dans la portion isthmique ; la rupture de la poche, dans ces cas, si elle est de petites dimensions, n'est pas une contre-indication. L'occlusion de la portion utérine est due le plus souvent à la présence d'un petit adénome. Une seule opération plastique a été pratiquée pour ce genre de cas, par Watkins, de Chicago ; elle a consisté à faire une salpingo-hystéro-anastomose : incision du tissu utérin permettant d'enlever le nodule myomateux, implantation et suture dans les



bords de l'incision, de l'extrémité utérine de la trompe. Les annexes de l'autre côté avaient été réséquées à cause d'un pyosalpinx et la malade, quelques mois après, fit une fausse couche prouvant bien la perméabilité persistante de la salpingo-hystéro-anastomose. Les orifices artificiels de la portion abdominale des trompes ont une tendance naturelle à rester béants, tendance plutôt fâcheuse dans certains cas, comme dans la salpingectomie, où le moignon déversant ses sécrétions dans le péritoine, est la source de complications redoutables. L'auteur a eu la bonne fortune d'enlever l'utérus dans 3 cas où on avait fait, plusieurs mois ou plusieurs années avant, la salpingectomie d'un ou des 2 côtés et il a pu constater les 3 fois la perméabilité parfaite du moignon.

Cette tendance de la trompe à rester béante en dépit de la ligature ou de la constriction a une certaine importance en raison des cas où l'on fait la salpingectomie pour stériliser les malades, en cas d'opération césarienne, par exemple, comme l'a recommandé Kehrer et d'autres avant lui. Fritsch a observé un cas de grossesse après section et ligature des trompes dans le but d'assurer la stérilité, et la littérature américaine contient trois faits analogues.

Pour parer aux inconvénients d'une laparotomie, dans le but de stériliser la Femme par la ligature et la résection des trompes, on a songé à suivre la voie vaginale et l'auteur a employé ce moyen une vingtaine de fois ; mais l'incertitude du résultat définitif à cause de la béance du moignon lui a suggéré l'idée de perdre celui-ci dans une boutonnière faite près de la corne utérine. Tous ces détails opératoires peuvent être facilement exécutés par le vagin.

A. H. Cordier. — LAVAGE ET DRAINAGE DU PÉRITOINE. (*Annals of Gynæc. and Pediatry*, juillet 1898.)

Après de longues et judicieuses considérations sur l'utilité des lavages et du drainage du péritoine, à la suite de laparotomies pratiquées pour une cause quelconque et laissant les moindres doutes sur l'asepsie du milieu ou sur les chances d'hémorragie, l'auteur arrive aux déductions suivantes :

Le drainage est un moyen de salut lorsqu'il est convenablement employé. Son emploi n'implique nullement, de la part du chirurgien un aveu d'incertitude quant à la perfection de sa technique. L'usage du tube seul ne saurait produire ni créer des conditions favorables à la production ultérieure d'une hernie. L'épiploon, non plus que les autres organes, ne peuvent s'étrangler dans les orifices du tube. Un tube de cristal, de petit calibre, avec de petites ouvertures et un orifice terminal, doit être choisi pour le drainage pelvien. Le tube ne produit pas de fistule fécale. On doit employer le tube dans tous les cas où on hésite à drainer ou non. S'en rapporter à un examen microscopique pour savoir si un cas donné doit être, ou non, drainé, est sans doute très scientifique, mais dans aucun cas, ce n'est nécessaire, ni pratique. Les drains à la gaze ne doivent être que rarement employés et, dans tous les cas, doivent être secondés par un tube de verre. Il n'y a aucun danger d'infecter le malade par le drain si l'infirmier est convenablement instruit. Là où l'irrigation est indiquée, on doit employer le drainage et, par contre, le drainage convient à nombre de cas où l'irrigation n'est pas indiquée. L'évacuation du tube et le moment de son retrait dépendent de chaque cas particulier. Le lavage, à la solution saline normale, nettoie avec plus de rapidité et d'efficacité que l'essuyage le plus soigneux. Le liquide d'irrigation ne doit pas être assez chaud pour impressionner désagréablement les mains de l'opérateur.

Steph. BONNET.

REVUE DES THÈSES

L. Chabry. — DE LA STÉNOSE DU COL DE L'UTÉRUS ET DE SON TRAITEMENT. (*Thèse de Paris*, 1897-1898.)

Le canal du col de l'utérus doit admettre le passage d'une sonde de 4 millimètres dans toute son étendue ; au-dessous de ce calibre, il y a sténose.

Le rétrécissement du conduit peut être congénital ou acquis, exister à l'orifice externe, à l'orifice interne, séparément, ou aux deux à la fois ; il peut exister dans toute la longueur du canal.

Les sténoses acquises existent à la suite d'ulcérations, de cautérisations intenses, d'opérations vicieusement cicatrisées.

Le diagnostic est ordinairement facile : visible est la sténose de l'orifice externe ; le cathétérisme permet de reconnaître celle de l'orifice interne, mais coïncidant avec ces sténoses, on remarque souvent des flexions utérines anté plus fréquemment rétro-flexion.

Il existe de fausses sténoses, le conduit laissant passer le cathéter suffisant, mais une tumeur ou l'application des lèvres épaissies l'une contre l'autre produisent une sténose physiologique et non anatomique.

Au point de vue de l'étiologie, la sténose congénitale est un vice de conformation, elle coïncide ordinairement avec l'utérus mal développé, utérus infantile. Pour certains auteurs, ce serait une ulcération dans le cours de la vie intra-utérine ou aussitôt après la naissance, qui la produirait. Toutes les sténoses seraient donc cicatricielles.

Pour d'autres, ce serait le défaut de développement des fibres longitudinales avec prédominance d'action des fibres circulaires du col. Cet état spécial produit de graves désordres dans le fonctionnement physiologique de l'utérus et donne lieu à des phénomènes pathologiques graves.

La dysménorrée et la stérilité en sont la conséquence ordinaire.

La stérilité peut être due aussi à d'autres causes, mais tous les cas de sténoses observés ont produit cette infirmité.

Des désordres graves peuvent survenir lors de l'accouchement dans les cas de sténose acquise

Chez les vierges, on observe l'endométrite cervicale glandulaire, la métrite, la métrite hémorragique, la salpingite, l'oophorite.

Chez la Femme, en état d'activité sexuelle, on observe les mêmes affections que chez les vierges, et, de plus, l'infection streptococcique ou surtout blennorragique prend un caractère de gravité exceptionnel.

Les abcès pelviens salpingites, suppurations ovariennes se montrent rapidement.

La présence de tumeurs : fibromes, kystes, s'accompagne de complications sérieuses et à évolution quelquefois foudroyante.

Chez la Femme, après la ménopause, beaucoup de symptômes nerveux et pathologique mis jusqu'ici sur le compte de l'état général, ne sont que les manifestations d'une sténose survenue à ce moment.

Cette sténose peut être en quelque sorte physiologique, due au retrait de l'utérus, à son atrophie, ou pathologique, reconnaissant les mêmes causes que la sténose acquise.

Des phénomènes de rétention produisent alors de graves désordres.

Le pronostic n'est pas grave en tant qu'affection pathologique, mais les désordres produits sont assez sérieux pour qu'un traitement énergique lui soit appliqué.

Le traitement doit consister à rendre au conduit sa perméabilité, tout en respectant sa muqueuse et les divers éléments du col. Cette perméabilité doit elle-même être permanente. De nombreux moyens ont été préconisés.

Dilatation lente, dilatation rapide, division, discision bilatérale, ligature en masse, ablation d'une partie des tissus ou évidement circulaire, ablation d'une partie de la muqueuse ou bien encore de cette muqueuse tout entière par l'opération de Schrœder, amputation biconique de Simon.

La méthode qui a donné les meilleurs résultats, celle qui réalise toutes les conditions demandées : dilatation complète, avec conservation du col, de sa muqueuse, de ses éléments musculaires est l'opération de Pozzi : la discision bilatérale avec évidement commissural.

Cette intervention guérit toujours la dysménorrhée, ordinairement la stérilité et n'a jamais présenté aucun inconvénient au point de vue de la marche de la grossesse et de l'accouchement.

La dilatation se maintient toujours bien suffisante. Les interventions précédentes n'étaient que palliatives, l'évidement commissural peut être considéré comme une opération vraiment curatrice.

E. Krien. — DE LA RUPTURE DES SALPINGITES PURULENTES SIMULANT L'HÉMATOCÈLE. (*Thèse de Paris*, 1897-1898.)

Les ruptures des salpingites purulentes peuvent dans certains cas simuler l'hématocèle.

Dans ces faits il n'existe que des adhérences très friables ; on ne peut ni énucléer sans rupture, ni faire de marsupialisation.

Le diagnostic d'hématocèle s'appuiera sur l'absence de passé pelvien, les signes d'une hémorrhagie interne, et, dans certains cas, sur la constatation des symptômes d'une grossesse extra-utérine au début.

Les commémoratifs d'un passé pelvien net, la douleur suraiguë au toucher, l'absence de signes d'hémorragie interne, l'absence de pesanteur rectale et vésicale seront en faveur de la rupture salpingienne.

Pour les raisons exposées plus haut, il sera toujours précieux, au moment d'opérer une salpingite suppurée, adhérente, de rechercher s'il y a eu ou non, un jour donné, des symptômes de pseudo-hématocèle.

La voie vaginale doit être préférée, toutes les fois que la chose est possible ; si on fait la laparotomie, on devra prendre de grandes précautions.

Tout ouvrage dont il sera envoyé deux exemplaires sera annoncé et analysé s'il y a lieu.

R. PICHEVIN, *Directeur-Gérant.*

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE DAIX FRÈRES.
Maison spéciale pour Journaux et Revues.



De la ligature vaginale des pédicules utérins

comme traitement des fibrômes de l'utérus,

Par le Dr Steph. BONNET,

ancien interne des hôpitaux.

Les perfectionnements apportés aux méthodes opératoires dirigées contre les fibromes, les succès obtenus par les moyens divers d'extirpation radicale de la tumeur et de l'organe ont, en ces dernières années, fait exagérer peut-être le pronostic de ces tumeurs et tomber dans un discrédit excessif les méthodes palliatives de traitement. N'a-t-on pas proclamé que tout fibrome diagnostiqué doit être enlevé ? Sous l'influence de cette doctrine, ont été bientôt mises en suspicion les diverses méthodes conservatrices : curettage, électricité, castration, énucléation même, etc. A l'hystérectomie sus-pubienne avec pédicule externe, puis avec pédicule perdu, intra ou extra-péritonéal, se sont substituées, dans la pratique de la majorité des chirurgiens, l'hystérectomie vaginale, et enfin, l'hystérectomie abdominale totale. Cette dernière, particulièrement, triomphe aujourd'hui, avec ses procédés divers arrivés à un rare degré de perfection, et avec ses statistiques qui s'améliorent chaque jour : la dernière, fournie par Angelesco (1), ne donne qu'une mortalité de 6.9 %.

Cependant, si cette conception extrême du traitement des fibromes n'est pas près de provoquer une violente réaction, il n'en est pas moins vrai que, par nécessité dans certains cas, et de parti pris dans certains autres, bon nombre de chirurgiens trouvent encore des indications et des applications à certaines méthodes conservatrices. C'est ainsi que la castration conserve des partisans, que l'énucléation, intra-utérine et même transpéritonéale, se pratique encore, que quelques opérateurs, et non des moins brillants, font systématiquement, dans des cas donnés, la ligature des vaisseaux utérins, par l'une ou l'autre voie, et cela, avec des résultats tels que la question offre un réel caractère d'actualité et mérite qu'on s'y arrête un instant. Plusieurs mémoires, parus dans les *Annales de gynécologie et d'obstétrique* (2), nous ont suggéré l'idée de cette courte revue et nous en fourniront les principaux éléments.

Laissant de côté la ligature intra-péritonéale des vaisseaux afférents à l'utérus, proposée par Rydygier (3) et pratiquée comme pis-aller dans certains cas de tumeurs inextirpables, nous n'aurons en vue que les procédés de ligature vaginale, extra-péritonéale, des utérines, méthode suffisante et plus légitime, en raison de son indiscutable bénignité.

HISTORIQUE. — La ligature vaginale des pédicules utérins n'est qu'une application particulière et, grâce à l'asepsie, inoffensive aujourd'hui, de la méthode générale de traitement des tumeurs par les ligatures atrophiantes, méthode dont la conception remonte à Harvey (4) (1651) et, même à Johann Mung (5) (1629). Sa mise en pratique est de date récente et c'est surtout en Allemagne et en Amérique qu'elle a trouvé des adeptes.

Pour rester dans notre cadre, limité aux ligatures vaginales pour fibromes, nous ne ferons que citer, à cause de l'identité du principe qui les a inspirées, les opérations pratiquées par le ventre ou par le vagin, pour cancer utérin inopérable, par Fritsch (1) (1885), Baumgartner (2) (1888), Hartmann (3) (1897). De même, il faut signaler simplement le procédé proposé par Gubaroff (4), appliqué ultérieurement par Snéguireff, et consistant à aller lier tous les vaisseaux utérins en les abordant par deux incisions sous-péritonales semblables à celles qu'on pratique pour la ligature de l'iliaque externe ; celui de Snéguireff et Altucheff (5), qui lient, comme Rydygier, les vaisseaux utérins et utéro-ovariens par laparotomie ; enfin, dans certains cas inopérables, des opérateurs, comme Terrier, Tuffier, Hofmeier, Bossi, Romfry, etc., etc., ont été réduits à jeter des ligatures sur les vaisseaux accessibles avant de refermer le ventre.

Quant aux ligatures vaginales systématiquement employées c'est Dorsett (6), en Amérique, qui les a proposées le premier en 1890. Se basant sur une théorie personnelle de l'involution post-partum, il conclut, sans l'avoir mise en pratique, à l'utilité de la ligature des utérines et suggéra un procédé vaginal. Gottschalk (7), de Berlin, semble bien avoir la priorité de l'application — 30 décembre 1891. — Depuis, il s'est efforcé, en diverses communications ou publications, de vulgariser sa méthode, dont il limite, du reste, scrupuleusement, les indications, au point que, jusqu'en mai 1898, il n'a trouvé que 20 cas justiciables de ce traitement. Peu de temps après lui, 15 novembre 1892, Franklin H. Martin (8), de Chicago, faisait la même opération par un procédé et d'après un principe quelque peu différents. Il l'a renouvelée 13 fois jusqu'en 1898. A la suite de ces deux protagonistes, il convient de placer, en Allemagne, les noms de Küstner (9) (1893), de Léopold (10) (1895) ; en Amérique, ceux de Boldt (11) (1893) qui fait, en février 1894, une communication à la Soc. obst de New-York et provoque la relation de faits personnels de la part d'Adams et de Krüg, de Greene (12) (1894), de Goëlet (13) (1894), de Hancks (14) (1894), de Lyman (15) 1894, de Frederick (16) (1895), de Cragin (17), de Humiston (18) ; en Danemark, ceux de Howitz, de Lévi, de Paulli, dont les opérations sont relatées par Kuhn (19). En France, Goullioud (20) a, dès 1894, pratiqué systématiquement, non la ligature, mais le pincement vaginal des artères utérines dans un cas de fibrome hémorragique, sur une hauteur de 5 cm 1/2. Le résultat en fut parfait. De même, Schwartz et Rochard ont, par nécessité et comme pis aller, pratiqué le pincement dans des cas de fibromes inopérables (21). C'est Hartmann (22) qui, le premier en France, a fait de parti pris la ligature des utérines dans *des cas de fibromes extirpables* et a conseillé son emploi systématique dans les fibromes indemnes de toute complication inflammatoire.

(1) ANGELESCO. *Th. de Paris*, décembre 1897.

(2) RYDYGIER : *Wiener klin. Woch.* 1890 p. 181 *et Centr. f. Gyn.* 1891, p. 297.

(3) I : HARTMANN et FREDET : *Les ligatures atrophiantes dans le traitement des tumeurs utérines : Ann. de gyn. et d'obst.* février et avril 1898 — II : FRANKLIN H. MARTIN : *De la ligature vaginale des lig. larges, contre les tum. fibreuses de l'utérus. Ann. de gyn. et d'obst.*, avril 1898. — III : SIGMUND GOTTSCHALK : *De la val. thérap. et des indic. de la lig. des art. utér, dans les cas de myomes de l'utérus. Ann. de gyn. et d'obst.*, mai, 1898, p. 354.

(4) HARWEY : *Exercitationes de generatione animalium*, Amsterdam, 1651.

(5) J. MUNG : *Neue vernünftige Praxis der Wundarzte*, Francfort, 1629. Voir aussi le *Traité des tumeurs* de Broca, 1866.

(1) FRITSCH : *Deutsch. Chir.* Stuttgart, fasc. 56, 1885.

(2) BAUMGARTNER : *Verhandlungen der Deutschen Gesellsch. f. Gyn.* Leipsig, 1888.

(3) HARTMANN et FREDET : *Loc. cit.*, p. 115.

(4) GUBAROFF : *Centralbl. f. Chir.*, 1889, p. 369.

(5) ALTUCHEFF et SNÉGUIREFF : *Monatschr, f. Geb. und. Gyn.*, juin 1896. Bd III. p. 453).

(6) DORSETT : *Saint-Louis Courier of Med.* 1890, t. III.

(7) GOTTSCHALK : *Premier Congrès intern. de gynéc. et d'obst. de Bruxelles*, sept. 1892, et *Annales de Gyn. et d'obst.*, mai 1898, p. 354.

(8) FRANKLIN MARTIN : *Amer J. of Obst.* avril 1893 et Janv. 1894, *Ann. de gyn. et d'obst.*, avril 1898.

(9) KUSTNER : *Centrb. f. Gyn.* 1893, n° 33, p. 761.

(10) LÉOPOLD : *Centrb. Gyn.*, 1875, p. 291.

(11) BOLDT : *N. Y. J. of. gyn and obst.*, février 1894, t. IV.

(12) GREENE : *J. of. Amer. med. Assoc.*, Chicago, 10 février 1894.

(13) GOELET : *Amer. gyn. and obstét. J.*, fév. 1897. t. X.

(14) HANCKS : *Amer. gyn. and. obst. J.*, 1894, t. V, p. 250.

(15) LYMAN : *Kansas med. J.*, 1894, t. VI, p. 215.

(16) FREDERICK : *J. of. Amer. med. Assoc.*, 1895, t. XXV., p. 230.

(17) HARTMANN et FREDET : *Loc. cit.* p. 328.

(18) HUMISTON : *West. Revue med. J.* 1814., t. II.

(19) KUHN : *Nordiskt med. Arkiv.* 1895, n° 14.

(20) GOULLIOUD : *Ann. de gyn. et d'obst.*, avril 1898, p. 333.

(21) Voir Th. de Rechner, Paris 1896-97, n° 464. Contrib. à l'étude du pincement et de la ligature des artères utérines comme procédé hémostatique et atrophiant, dans le traitement des fibromes utérins.

(22) HARTMANN. Congrès français de chirurgie, 1897. et HARTMANN et FREDET, *loc. cit.*

TECHNIQUE : Le point de départ théorique de l'opération n'a pas été le même pour tous les chirurgiens qui l'ont adopté. Il a varié suivant la conception pathogénique qu'ils se sont faite des fibromes et aussi suivant leur interprétation de la vascularisation artérielle de l'utérus et des tumeurs elles-mêmes. Celles-ci, en effet, suivant leur siège par rapport à l'organe, suivant aussi qu'elles sont libres ou qu'elles ont contracté des adhérences, sont nourries par l'utérine seule ou par d'autres sources, spermatique interne, vaisseaux de néoformation. On conçoit donc qu'un certain nombre d'opérateurs aient préféré la voie abdominale qui permet mieux d'atteindre et de lier tous les vaisseaux (Rydygier, Snéguireff, etc.)

Dorsett, se basant d'une part sur les bons effets de l'ergot dans le traitement des fibromes, effets dus à la contraction des vaisseaux, et, d'autre part, attribuant l'évolution post-puerpérale à la diminution de l'afflux sanguin, grâce à la rétraction utérine, conçut l'idée de tarir chirurgicalement cet apport et proposa la ligature des utérines.

Gottschalk admet que les fibromes se développent aux dépens des tuniques artérielles, sous l'influence irritative du sang afférent, d'où utilité de supprimer, ou au moins, de diminuer l'apport de cet agent d'irritation en liant les utérines.

Franklin Martin attache beaucoup plus d'importance que les auteurs précédents à l'influence trophique des nerfs sur l'organe et sur la tumeur et insiste sur la nécessité de la ligature en masse du pédicule, et non de l'utérine seule (1). « 1° Je lie, dit-il, dans tous les cas, toute la base du ligament large dans le but : *a*) de fermer, non simplement le tronc principal de l'artère utérine, mais toutes les branches collatérales, *b*) de supprimer les fonctions des nerfs aussi bien que celles des artères distinées à la nutrition, *e*) de diminuer les réflexes nerveux ; 2° je saisis, dans les cas désespérés, non seulement la base des ligaments larges, avec l'artère utérine et ses branches, dans mes ligatures ; mais, quand la chose est possible, je lie assez haut, d'un côté pour saisir l'artère utéro-ovarique ; 3° je m'applique à obtenir ce résultat sans ouverture du péritoine ; mais quand cela est nécessaire, j'ouvre la séreuse.

Procédé de Gottschalk (2). Les malades sont préparées comme pour une grosse opération : « Exonération complète de l'intestin, rasement des poils du pubis, désinfection rigoureuse du vagin.

« Dans tous les cas où il y a lieu de soupçonner un myôme sous-muqueux, l'utérus est dilaté à la laminaire et exploré au début de l'opération, par la raison que j'extirpe radicalement les myômes situés dans la cavité utérine. Dans tous les cas, on abrase la muqueuse de l'utérus. Cette abrasion terminée, libération circulaire, en avant, de la portion vaginale du col de l'utérus ; cette incision est prolongée sur les côtés du col jusqu'à la face postérieure ; puis on décolle (décollement mousse) inférieurement la vessie du col et des ligaments larges de chaque côté. On décolle de même la muqueuse vaginale postérieure, à droite et à gauche du col, et on isole avec l'index, de chaque côté, le *ligamentum cardinale* (pédicule vasculaire utérin).

« On sent alors, tenant ce ligament entre le pouce et l'index, les battements des principaux rameaux des artères utérines, en général au nombre de deux, la branche cervico-vaginale et la branche utérine ; il est toutefois possible d'en trouver trois. Dans un but de sécurité, j'applique toujours trois ligatures qui portent sur les principales branches et qui comprennent, par étages, des parties toujours plus élevées du pédicule vasculaire et la base du ligament large. Je me sers, pour les ligatures, de soie forte et de l'aiguille de Deschamps. Si l'on prend de la soie trop fine, on risque, dans le cas où la paroi artérielle est athéromateuse, en serrant le nœud, de sectionner le vaisseau et, comme l'extrémité latérale centrale se rétracte et que, par suite, on ne peut la saisir de suite avec une pince, on court le danger d'avoir affaire à une hémorragie intercurrente ; j'ai subi deux fois cet accident. Les fils sont coupés court et perdus dans la suture de la plaie vaginale qu'on exécute après. Une bande de gaze iodoformée, dans le cul-de-sac vaginal antérieur maintient la paroi vésicale décollée contre le col.

« La portion vaginale du col de l'utérus, après la double ligature, paraît tout à fait livide. Les malades gardent le lit 8 jours et reçoivent leur exeat le 10e avec la recommandation de faire encore longtemps, pour fortifier l'effet de l'opération, des irrigations chaudes. Je leur fais prendre aussi des préparations d'ergotine sous forme pilulaire, pendant longtemps. Deux fois, je trouvai, le huitième jour après l'opération, en avant de la portion vaginale du col, dans le vagin, une membrane nécrosique qui représentait la couche la plus interne de la musculeuse utérine, la muqueuse avait été enlevée avec la curette. Cependant, la crainte exprimée ailleurs, qu'après la double ligature des utérines, la nutrition de l'utérus serait compromise, est sûrement injustifiée, si même l'on pouvait s'aventurer, une fois la vessie décollée, à lier sur son trajet, l'artère utérine, sans courir le danger de saisir l'uretère. Je pense cependant qu'il est encore préférable de lier successivement, près du bord de l'utérus, tout près du point de division, les différentes branches. De ce fait, le procédé opératoire reste, sous tous les rapports, bénin, sans danger, et peut être exécuté par des praticiens même peu exercés. — Comme suites immédiates de l'opération, apparaissent habituellement des douleurs vives, que beaucoup de malades trouvent aussi fortes que les douleurs de l'enfantement ; elles persistèrent jusqu'à 6 jours chez un certain nombre d'opérées, puis diminuèrent peu à peu d'intensité. Je n'ai jamais observé d'irrégularités dans la convalescence. Fréquemment, les fils à ligature, après quelques semaines, se montrèrent dans les culs-de-sac vaginaux, d'où l'on put les enlever facilement ; dans les autres cas, ils restèrent définitivement enkystés. »

Technique de Franklin H. Martin : « La malade est préparée pour l'opération de la ligature des ligaments larges comme pour l'hystérectomie vaginale. L'anesthésie est faite avec l'éther. La Femme est placée sur la table d'opération dans la position de la taille, exagérée, le siège étant au bord de la table, un assistant soulevant de chaque côté les membres inférieurs et tenant les écarteurs vaginaux. Un écarteur vaginal large, court, placé en dessus, un autre en dessous, mettant bien le col en évidence ; un fil de soie fort, passé à travers le col, sert à maintenir l'utérus. Le canal du col est dilaté, la cavité utérine curettée avec une curette mousse et complètement lavée avec une solution bichlorurée à 1 p. 1000, puis tamponnée lâchement avec de la gaze iodoformée. Ainsi, la cavité utérine est nettoyée et il n'est pas possible que les plaies vaginales soient ultérieurement infectées par des sécrétions utérines impures. Cela fait, l'utérus est attiré en bas pour mettre les ligaments larges en état de tension, puis porté à droite, ce qui expose le cul-de-sac gauche. On saisit dans un ténaculum la muqueuse vaginale au niveau du pli utéro-vaginal du côté gauche et on l'incise avec des ciseaux courbes. Une des lames est conduite au-dessous de la muqueuse et l'on pratique une incision curviligne de 1 c.m 1/2 à 2 cm. au-dessus du ligament large et perpendiculairement à lui. Le chirurgien sépare alors, en se servant de ses deux index, le tissu vaginal du ligament large et sépare aussi soigneusement le ligament large de la vessie en avant et sur les côtés, sur une étendue d'environ 2 p. Cette libération de la vessie a pour but d'écarter tout danger de léser cet organe, de même que son isolement sur les côtés met l'uretère en sûreté. On sépare ensuite soigneusement le ligament large en arrière, sur la même hauteur qu'en avant, en évitant, quand on le peut, de pénétrer dans le péritoine. On peut alors, en passant un doigt en arrière du ligament large et l'autre en avant, saisir toute la base du ligament, représentant les 2/3 de sa masse, à une distance d'un pouce à 1 p. 1/2 de l'utérus. Les doigts étant ainsi placés, il est possible de sentir les pulsations du tronc principal de l'artère utérine et, éventuellement, de plusieurs branches collatérales. On passe alors l'aiguille courbe armée, soit de soie n° 10, soit de catgut, soit de tendon de Kanguroo, et, sur l'index gauche comme guide, on la pousse à travers le ligament large gauche. On retire l'aiguille en ramenant l'une des extrémités du fil et, l'aiguille retirée, on lie complétement la base du ligament large à une distance d'1 p. ou plus, de l'utérus. Le fil est coupé court et abandonné dans les tissus. Répétition des mêmes actes du côté opposé, stérilisation soigneuse du vagin avec une

(1) Fr. MARTIN : *Ann. de gyn. et d'obst.*, avril 1898, p. 292.
(2) GOTTSCHALK : *Ann. de gyn. et d'obst.*, mai 1898, p. 375.

(1) Fr. H. MARTIN : *Loc. cit.*, p. 292.



solution de bichlorure et réunion soigneuse des incisions vaginales avec du catgut fin et antiseptique, de façon à perdre complétement, *in situ*, les ligatures appliquées sur les ligaments larges. Le fil, posé à travers le col pour servir de moyen de contention, est enlevé et l'extrémité du morceau de gaze, placée dans l'utérus, cousue à un autre morceau de gaze dont on remplit le vagin sans la tasser, ce qui assure le drainage vaginal.

Le traitement consécutif de ces cas est très simple. La gaze vaginale et utérine est enlevée le 2e ou le 3e jour, puis, 2 fois par jour, on donne une injection vaginale avec une solution de bichlorure suivie d'une injection simple. »

Technique de Hartmann et Fredet (1). « Nous commençons par faire une incision de la muqueuse vaginale autour du col, comme dans le premiére temps de l'hystérectomie vaginale. A cette incision nous adjoignons deux fentes latérales que nous prolongeons jusque sur la partie latérale du vagin. Au début, nous faisions ces incisions latérales un peu courtes ; l'expérience nous a appris qu'il y avait intérêt à leur donner une certaine étendue, la suite de l'opération en étant grandement facilitée.

« Nous décollons ensuite la muqueuse vaginale, puis la vessie, de la face antérieure du col; nous procédons de même, grattant avec l'ongle le tissu utérin. Cette libération antérieure et postérieure du col permet d'évoluer plus facilement dans les fentes latérales pour isoler la portion utérine du pédicule vasculaire.

« A droite et à gauche du col, nous sectionnons dans une hauteur d'1 cm 1/2 environ, les tissus immédiatement sous-jacents à la muqueuse vaginale. Si cette section coupe une branche de l'artère utérine, nous la pinçons et la lions. Puis, plaçant une valve sous la paroi vaginale du côté où l'on opère et faisant fortement attirer avec des pinces à traction le col en bas et du côté opposé, nous avons sous les yeux le pédicule utérin que nous dénudons, en avant et en arrière, dans une hauteur de plusieurs centimètres. Il est facile de constater qu'on a dépassé le pédicule utérin par ce fait que les deux index placés, l'un en avant, l'autre en arrière, et se regardant par leur pulpe, ne sont au-dessus de lui, séparés que par un feuillet celluleux extrêmement mince. Rien de plus simple alors que d'accrocher avec le doigt le pédicule utérin, de l'attirer en bas et de le lier avec une soie que l'on passe à l'aide d'une aiguille de Cooper et que l'on serre fortement. Dans les cas où le pédicule est épais, nous plaçons deux ligatures, l'une sur sa partie inférieure, l'autre sur sa partie supérieure. Ces ligatures doivent être serrées vigoureusement. Les battements de l'artère indiquent que le fil est bien placé. En général, au moment où le 2e fil est serré, la muqueuse qui borde le col devient exsangue et prend un aspect qui rappelle celui du fibro-cartilage.

« Les chefs des ligatures à la soie sont coupés courts, la plaie touchée avec un tampon trempé dans une solution phéniquée à 5 p. 100, puis on ferme l'incision vaginale par une série de points au catgut. Pansement iodoformé vaginal. Dans 4 cas, sur 5, nous avons fait précéder la ligature des pédicules utérins du curettage utérin et, dans deux, nous avons en même temps enlevé de petits polypes du col.

« Il est assez difficile de bien serrer le pédicule utérin. L'oblitération d'une artère après ligature avec un fil aseptique ne semblant se produire que si les tuniques internes du vaisseau sont coupées, il y a à craindre que la circulation ne se rétablisse après une ligature en masse si celle-ci se relâche. Aussi Goelet (2) a-t-il proposé récemment de couper les pédicules utérins entre deux ligatures. Cette manière de faire ne nous semble pas exempte d'inconvénients et, bien qu'il soit facile de l'exécuter sans risque pour l'uretère, nous ne l'avons pas expérimentée sur le vivant. »

Au lieu de lier en masse les pédicules utérins, quelques opérateurs ont pensé qu'il suffirait de pratiquer la ligature isolée de l'utérine et de ses branches, découvertes et isolées par le vagin. Parmi eux, il faut citer Dorsett, qui avait le premier proposé l'opération dans ce sens et l'a ultérieurement pratiquée 3 fois ; puis Küstner, Howitz, Paulli, J. B. Greene (3).

Nous avons déjà vu que Rochard et Schwartz, dans deux cas inopérables, ont pratiqué, au lieu de la ligature, le pincement des pédicules ; mais ce n'était là qu'un expédient et non un procédé. Par contre, Goullioud (1) a fait systématiquement ce pincement dans un cas, et le résultat de cette opération a été parfait.

On voit, en somme, que l'opération peut être entièrement extra-péritonéale, qu'elle est bénigne et d'exécution facile et prompte. L'incision circulaire, conforme au 1er temps de l'hystérectomie vaginale, telle que la pratiquent Gottschalk et Hartmann et Fredet nous est plus familière ; le prolongement latéral d'Hartmann donne plus de jour et, par ce moyen, l'isolement du pédicule doit être plus facile et plus rapide que par les incisions curvilignes et latérales de F. H. Martin.

Faut-il viser spécialement la ligature des utérines en les isolant le plus possible de leur gaine celluleuse, ou vaut-il mieux, d'après le point de vue de Martin, lier en masse le pédicule ? Dans l'ignorance où l'on est encore de l'influence précise que peuvent exercer les nerfs sur la nutrition et le développement des fibromes, il est préférable sans doute d'interrompre l'influx nerveux, en même temps que l'apport sanguin et la constriction en masse du pédicule, outre qu'elle est plus rapide et plus facile, répond mieux au double desideratum.

Hartmann et Fredet ont étudié particulièrement la vascularisation artérielle de l'utérus et ils démontrent, dans une lumineuse figure (2), que l'utérine et ses branches vascularisent l'organe à peu près exclusivement : « Contrairement à une opinion encore trop répandue, l'utérus reçoit normalement son irrigation sanguine exclusivement de l'utérine. Le chirurgien le constate sur le vivant, la section de l'artère sous-jacente à la trompe nous montrant que le jet sanguin, à peu près nul par le bout ovarien, est, au contraire, volumineux par le bout utérin du vaisseau. L'anatomiste le vérifie sur le cadavre en étudiant une pièce injectée ou non. Presque toujours, sur les cadavres que nous avons examinés, nous avons vu l'artère utérine (16 fois sur 17), non seulement donner des branches à toute la hauteur de l'utérus, mais encore irriguer la moitié au moins de la trompe et de l'ovaire. L'artère utérine est essentiellement l'artère nourricière de l'utérus et le rôle de l'utéro-ovarienne, dans la nutrition de cet organe, est bien effacé. La ligature efficace est donc la ligature de l'utérine. (3) »

La ligature de l'utéro-ovarienne, comportant d'ailleurs la laparotomie préalable, doit donc être rejetée et, aux procédés opératoires de Rydygier, de Snéguireff et Altucheff et même de Gubaroff, on doit préférer la ligature exclusivement vaginale des utérines telle que l'ont pratiquée Gottschalk, Martin et Hartmann.

Résultats. — Les cas de ce genre ne sont encore ni assez nombreux, ni surtout assez anciens, pour imposer une opinion invariable quant aux résultats définitifs de l'opération. Il est intéressant néanmoins de noter les effets obtenus dans ceux qui ont été publiés et dont bon nombre ont été scrupuleusement suivis pendant plusieurs années : on verra par là qu'ils sont des plus encourageants.

Les 13 malades de Franklin Martin (4) ont été opérées de 1892 à 1895, suivies avec soin et revues à des intervalles variant de 3 ans et 4 mois à 4 mois. Sauf, une âgée de 26 ans, toutes les autres avaient de 35 à 41 ans, et présentaient des fibromes hémorragiques uniques ou multiples ne dépassant pas l'ombilic. Chez toutes, les hémorragies ont disparu, la menstruation s'est régularisée, les tumeurs ont diminué et, dans quelques cas, semblent même avoir disparu. En résumé, l'auteur signale 9 résultats très bons, 2 assez bons, 1 médiocre, 1 inconnu.

Gottschalk (5) a opéré 20 fois de 1891 à 1898 (15 février).

Dans l'analyse de ces 20 cas, 4 doivent être éliminés : 3, parce que les malades n'ont pu être revues ; le 4e, parce qu'il est trop récent. Les 16 autres opérées ont été observées pendant un laps de temps variant de 6 ans et 3 mois à 1 an.

Le résultat clinique le plus constant a toujours été une action hémostatique rapide ; 2 fois, la menstruation a été définitivement supprimée ; 3 fois, elle reparut au bout de 4 semai-

(1) Hartmann et Fredet : *Loc. cit.*, p. 322.
(2) Goelet : *Med. Record*, New-York., vol. 51, p. 338.
(3) Hartmann et Fredet : *loc. cit.*, p. 329.

(1) Goullioud : *Ann. de gyn. et d'obst.*, avril, 1898, p. 338.
(2) Hartmann et Fredet : *Loc. cit.*, p. 308.
(3) Voir aussi : P. Fredet : Quelques recherches sur les artères de l'utérus : *J. de l'anat. et de la physiologie*, Paris, 1898, p. 79-122.
(4) Fr. Martin : *Loc. cit.*, p. 297 et suiv.
(5) Gottschalk : *Loc. cit.*, p. 374.



nes ; dans tous les autres cas, elle se fit attendre de 6 semaines à 5 mois et 20 jours.

Une malade avait déjà subi la castration sans succès : la ligature des utérines détermina la ménopause complète. Une fois seulement, la récidive des hémorragies obligea à pratiquer l'abrasion de la muqueuse utérine, sans narcose, 14 mois après la ligature et, depuis cette deuxième intervention, la menstruation fut régulière.

Dans un cas encore, Gottschalk fut obligé de pratiquer l'hystérectomie vaginale secondaire pour une récidive d'hémorragies 5 ans après la ligature ; il fait observer qu'il n'eut pas besoin de lier les rameaux principaux des utérines dont le calibre avait considérablement diminué.

Quant au volume de la tumeur, il a toujours diminué, d'autant plus que la malade était moins jeune et dans 7 cas elle n'était pas perceptible à l'exploration clinique.

Les observations, isolées ou peu nombreuses, des autres opérateurs donnent toutes des résultats analogues : arrêt des hémorragies, régularisation et diminution du flux menstruel, régression et même disparition des tumeurs. Une malade de Frederick, de Buffalo, est devenue enceinte et a conduit sa grossesse à terme. Dans un cas de Goelet, la ligature avait été unilatérale et, bien que la tumeur fût volumineuse, elle a diminué considérablement et la menstruation est devenue normale.

Les observations d'Hartmann sont encore trop récentes pour servir de document ; néanmoins, les effets immédiats observés sont des plus rassurants pour l'avenir. Mêmes résultats obtenus par Schwartz, Rochard et Goullioud au moyen du simple pincement des pédicules vasculaires.

Comment agit la ligature des pédicules utérins ? Gottschalk l'explique : 1° par l'anémie subite et persistante de l'utérus : en effet, on voit, après la ligature, le corps devenir exsangue, d'aspect cartilagineux ; 2° par l'atrophie de la muqueuse, car il en pratique toujours l'abrasion préalable et, en raison de la suppression de l'apport sanguin, cette atrophie est persistante ; 3° « par le développement *sous-séreux*, consécutif à l'opération, des tumeurs jusque-là intra-pariétales, extériorisation qui évidemment s'accomplit sous l'influence de la mise en jeu de la contractilité utérine (douleurs actives) et qui est presque régulièrement observée. On sait que les myomes sous-séreux ne donnent jamais lieu à des hémorragies ». Ces douleurs actives, parfois très violentes et durant plusieurs jours, sont, en effet, signalées dans la plupart des observations. A cette action vasculaire, il faut ajouter sans doute l'influence trophique, mystérieuse encore, de la constriction des filets nerveux serrés dans la ligature, et à laquelle Franklin Martin, comme nous l'avons vu, attache une importance prépondérante.

Indications : Il ressort de l'analyse des observations publiées et de l'étude très scrupuleuse que Gottschalk a faite de la question que les indications de la ligature des pédicules utérins relèvent de trois chefs principaux : le siège de la tumeur, son volume et l'âge de la malade.

1° En principe, ne sont justiciables de la méthode que les fibromes qui sont vascularisés par les artères utérines : c'est le plus grand nombre, il est vrai, étant admis ce que nous avons dit, d'après Hartmann et Fredet, de la vascularisation de l'utérus. Néanmoins, les fibromes du fond et surtout les tumeurs intraligamentaires, et adhérentes, qui ont d'autres sources de nutrition sont moins heureusement et moins définitivement influencés par la ligature des utérines.

2° Le volume de la tumeur semble avoir moins d'importance au point de vue du succès définitif, comme en témoignent, entre autres, un cas heureux de Gottschalk, où elle atteignait le volume d'une tête d'adulte et un de Frederick, où elle remontait jusqu'aux côtes. Toutefois, le développement considérable d'un fibrome entraîne la dilatation préalable des vaisseaux anastomotiques et, d'autre part, des adhérences probables avec les organes voisins, surtout avec l'épiploon ; il résulte de cette double condition une garantie de nutrition ultérieure qui pourra conduire à un échec, au moins partiel et éloigné.

3° Relativement à l'âge des malades, Gottschalk formule la loi suivante : «Plus la Femme, atteinte de tumeur myomateuse, est rapprochée de la ménopause, d'autant plus grandes sont les chances d'un succès radical par la méthode de la ligature. Inversement, chez les sujets jeunes, en plein épanouissement de processus ovulaires, les états congestifs, périodiques, créés par les crises de l'ovulation, paraissent parfois, principalement quand les myomes ont un siège défavorable, inhiber l'effet curatif radical de la ligature. »

En résumé, *la méthode de ligature vaginale des pédicules utérins convient surtout aux cas de fibromes hémorragiques, sous-muqueux et surtout interstitiels, de petit et de moyen volume, siégeant à la partie inférieure ou moyenne de l'utérus, et particulièrement chez les Femmes qui se rapprochent de l'époque de la ménopause. L'abrasion de la muqueuse utérine est un complément très utile de l'opération et celle-ci doit viser la constriction de tout le pédicule, bilatéral, de l'utérus plutôt que la ligature des utérines seules.*

Les résultats obtenus jusqu'à ce jour permettent de prédire à cette méthode opératoire, toute nouvelle encore, un avenir certain que garantissent encore et son innocuité et la facilité de son exécution, et la conservation de l'intégrité de l'appareil génital. Non seulement elle constituera un efficace pis-aller, ou plutôt une dernière ressource dans les cas désespérés, inopérables par des méthodes plus graves, mais elle doit se substituer dans les conditions qui ont été formulées plus haut, à l'hystérectomie vaginale dans les nombreux cas où domine le symptôme hémorragie et où ce ne sont pas les phénomènes de compression qui dictent le choix de la méthode opératoire.

HOPITAL BROCA.

DU MEILLEUR MODE DE SUTURES ABDOMINALES

par S. Pozzi, membre de l'Académie de Médecine et Professeur agrégé.

Leçon clinique recueillie le 25 février 1898.

Je veux vous parler aujourd'hui d'un cas d'éventration, d'une désunion de la cicatrice abdominale et de la hernie consécutive des intestins. A ce propos, je traiterai du meilleur mode de sutures de la paroi abdominale après la laparotomie et de la nécessité de bien clore la cavité abdominale.

Il s'agit d'une malade opérée la première fois en 1895. Cette Femme très adipeuse, dont la paroi abdominale surtout était surchargée de graisse, présente des métrorragies intenses. Ces pertes de sang étaient sous la dépendance d'un corps fibreux de l'utérus. Je fis la laparotomie avec l'idée préconçue de faire suivant le cas, soit l'hystérectomie, soit simplement l'ablation des annexes.

L'incision de la paroi abdominale me permet de constater que la matrice était du volume d'un utérus gravide de 2 mois 1/2 environ. Il existait probablement un corps fibreux interstitiel et très certainement un petit corps fibreux sessile sur la face postérieure de l'utérus. Nous étions donc en présence de cet état heureusement qualifié de grossesse fibreuse par le Professeur Guyon.

Quelle était l'opération indiquée ?

Vu la grosseur peu considérable de l'utérus qui ne comprenait pas, du reste, les organes voisins ; vu la difficulté d'enlever l'utérus fibromateux placé au fond du puits qui était constitué par les bords si épais de la paroi abdominale, je fis l'opération de Battey où mieux de Hegar.

C'est, en effet, à Hegar que l'on doit rapporter le mérite d'avoir le premier pratiqué l'extirpation des annexes pour mettre fin aux hémorragies produites par les corps fibreux. La castration a été très en honneur il y a 10 ou 15 ans, au moment ou l'on faisait mal l'hystérectomie soit vaginale soit abdominale. Grâce aux perfectionnements apportés à l'extirpation de l'utérus par la voie abdominale et par la voie vaginale, l'opération de Battey ou de Hégar est tombée dans le discrédit le plus complet. C'est qu'en effet l'hystérectomie s'est singulièrement simplifiée et on peut enlever soit par le vagin soit par l'incision hypogastrique des tumeurs qu'on n'aurait pas osé attaquer ainsi il y a quelques années. Il n'en reste pas moins vrai que dans des cas déterminés, l'hystérectomie

est très difficile. Il faut de plus se souvenir que la castration tubo-ovarienne amène la suppression des hémorragies dans un certain nombre de cas.

La malade dont il est question en ce moment est une preuve vivante de l'exactitude de cette assertion. Cette Femme perdait beaucoup de sang avant son opération. Son cœur et ses reins étaient menacés de dégénérescence, comme le fait est si fréquent chez les Femmes grasses, adipeuses et atteintes de fibromatose utérine avec des hémorragies abondantes. La castration tubo-ovarienne a non seulement supprimé les pertes de sang mais a amené la ménopause anticipée.

Quatre ans après sa première opération, cette malade vint me trouver. Elle se plaignait d'autres accidents sur lesquels j'aurai à revenir. Je vous dirai bientôt ce que je fis pour remédier aux troubles dont cette malade se plaignait. Je me contente maintenant de vous dire que je pus constater *de visu* l'état de l'utérus : il n'y avait plus de corps fibreux ; l'utérus était revenu sur lui-même, le fibrome avait subi une véritable involution. On peut donc affirmer que la castration avait bien atteint le but thérapeutique que j'avais visé.

Je vous ai déjà dit que cette Femme était obèse, qu'elle avait par suite une nutrition défectueuse. J'ajoute qu'elle est à la tête d'une fromagerie, qu'elle soulève des pots de crème, des jattes de lait, qu'elle travaille de jour et de nuit pour ainsi dire et avec la plus grande activité.

Elle portait la ceinture abdominale qui lui avait été donnée après son opération, mais elle la portait d'une façon très irrégulière. Elle a même négligé de la mettre à certains moments. A la fin, sa cicatrice abdominale s'est distendue, et la hernie s'est produite. Un tel accident est rare quand l'incision de la paroi abdominale est petite. Mais je vous fais remarquer les deux facteurs qui ont présidé à la genèse de cette hernie : l'adiposité de cette Femme et les efforts constants auxquels sa paroi abdominale était soumise.

Quoi qu'il en soit, quand cette Femme s'est présentée à notre examen, sa hernie, de la grosseur des deux poings était à peu près irréductible et se composait en grande partie d'épiploon.

La cure de cette hernie fut difficile. L'épiploon était adhérent, le sac difficile à disséquer, le rapprochement des tissus pas aisé et l'hémorragie, peu abondante, il est vrai, ne s'arrêtait pas facilement. Les sutures furent faites avec soin et on laissa un drain dans la plaie.

Le drainage ne se fit pas bien. Il y eut une accumulation de sang et de sérosité dans la plaie et les bords de l'incision se tuméfièrent. On enleva les sutures profondes le huitième jour.

Sous l'influence de la toux, la désunion de la plaie se produisit et l'intestin apparut entre les lèvres de l'incision. On fit la réduction de l'anse intestinale et une suture à trois plans. On laissa un drain dans la plaie. La réunion se fit parfaitement et la malade est en bonne voie de guérison.

Ce fait intéressant m'amène à traiter devant vous des procédés qui ont été préconisés pour suturer l'incision abdominale pratiquée dans le but de faire des opérations sur les organes génitaux de la Femme.

Tout d'abord une première question se pose : quelle est la meilleure incision ? Doit-on toujours la faire sur la ligne médiane ? Jusque dans ces derniers temps, la question ne s'était guère posée. On avait coutume de pratiquer l'incision sur la ligne médiane, comme on le faisait anciennement en pratiquant l'opération césarienne. Passer par la ligne médiane, à l'endroit où les parois sont moins épaisses, par la voie la plus courte pour tomber sur l'utérus semblait être la conduite la plus naturelle. De plus, la ligne blanche n'est pas vasculaire. N'était-ce pas une raison de plus, par ces temps lointains d'hématophobie, pour se tenir sur la ligne médiane.

En fait, l'incision abdominale sur la ligne blanche était la règle pour la plupart des chirurgiens qui pensaient que c'était la manière la plus rapide d'aborder les organes, la façon la plus normale pour pouvoir examiner avec une égale facilité les organes contenus de chaque côté du bassin. On estimait qu'inciser sur les parties latérales, c'était s'exposer à des hémorragies et à la section de différents nerfs, par suite à la paralysie des muscles droits et à l'affaiblissement de la paroi abdominale.

Ces raisons, qui semblaient excellentes, ont été récemment contestées. En Allemagne, en Angleterre, en Amérique, on assiste à un mouvement qui pousse les opérateurs à pratiquer l'incision sur un des côtés de la ligne médiane.

Et pourquoi cette tendance à abandonner la ligne médiane? Quelle est la raison que l'on invoque pour pratiquer l'incision latérale ?

Les chirurgiens précités ont été frappés par la fréquence de la hernie post-opératoire.

En effet, au Congrès international d'obstétrique et de gynécologie de Genève (1896), La Torre, qui a publié un important mémoire sur la question, estime à 10 p. 100 le nombre des hernies après la laparotomie. Cette proportion est inconnue dans mon service, grâce à la technique qui est appliquée ici pour suturer l'incision abdominale. Je crois que les cas de hernie opératoire ne s'élèvent pas chez mes opérés à plus de 1 p. 100.

Cette fréquence de l'éventration constatée par certains chirurgiens les a poussés à trouver un moyen pour remédier à cette déplorable conséquence de la laparotomie.

On a cru trouver la solution du problème en pratiquant une incision latérale de la paroi abdominale à 1 ou 2 centimètres de la ligne blanche. On espérait ainsi avoir une réunion plus ferme.

Je repousse cette incision, parce qu'elle est précaire, difficile à maintenir telle qu'elle existe lorsqu'on fait pénétrer les doigts dans la cavité péritonéale. Il ne faut pas l'employer même pour faire soit l'hystéropexie, soit une castration tubo-ovarienne.

J'en dirai autant de *l'incision en trappe*, analogue à celle qu'a préconisée Jalaguier dans l'opération de l'appendicite à froid. Cette incision latérale qui permet de récliner en dedans le muscle droit et d'inciser ensuite les couches profondes est disposée de telle sorte que l'incision des couches superficielles se trouve séparée de l'incision des couches profondes par toute l'épaisseur du muscle droit qui, la traction en dedans cessant, vient s'interposer entre les deux incisions. En suturant séparément ces deux solutions de continuité qui se trouvent l'une en avant, l'autre en arrière du muscle droit, on s'imagine avoir obtenu des cicatrices solides qui s'opposent à la production de toute hernie.

Sans doute, on peut extirper soit la trompe, soit l'ovaire à travers les lèvres de ces incisions, mais faut-il encore que ces organes ne soient ni volumineux ni surtout adhérents. Bonne tout au plus pour enlever des annexes saines, cette incision est à condamner quand il s'agit d'extirper des ovaires et des trompes malades.

On a préconisé une autre incision qui n'est applicable qu'à certaines opérations abdominales simples (hystéropexie, castration tubo-ovarienne), dans le but d'empêcher l'apparition de toute hernie et pour mieux dissimuler la cicatrice, je veux parler de l'incision recommandée par Küstner (de Breslau) sous le nom de *Kreuzschnitt* ou *incision cruciale*. Rapin (de Lausanne) préfère lui appliquer le nom d'*incision esthétique*.

Voici comment Rapin a décrit la technique qu'il emploie dans ces cas;

Il fait une incision transversale concave en haut, de 6 à 10 centimètres, intéressant la peau, le tissu adipeux jusqu'à l'aponévrose. Il dissèque l'aponévrose de la ligne blanche et fixe le lambeau cutané supérieur, avec une suture provisoire, un peu au-dessus de l'ombilic, puis il fait, sur la ligne médiane, une incision verticale de 4 à 8 centimètres suivant les besoins, à travers l'aponévrose, les muscles droits et le péritoine. La fermeture de la plaie est faite à 3 plans de façon à remettre en place les tissus.

Je n'accepte pas davantage cette manière de faire et j'arrive à traiter devant vous cette question si souvent posée : quelles sont les conditions qui permettent de réaliser une fermeture hermétique et aussi solide que possible de la cavité abdominale ?

Je répondrai de suite à cette question : il faut faire une bonne incision et pratiquer une bonne suture,

1° L'incision doit être faite sur la ligne blanche pour les raisons que je vous ai déjà données. Elle doit être aussi petite que possible : voilà la règle. Qu'elle soit suffisante, mais pas davantage. Moins longue sera la dimension de la solution de continuité faite à la peau et plus on aura de chance d'éviter l'éventration. Il faut toujours avoir présente à l'esprit cette vérité afin de ne pas donner de véritables coups de sabre dans

le ventre des malades. Il faut que l'incision soit en proportion de l'ouvrage à accomplir ; si elle doit être suffisante pour assurer la rapidité des manœuvres et pour donner toute commodité à l'opérateur, elle doit être pratiquée aussi dans le but de ne pas être nuisible plus tard à l'opérée.

L'incision sera proportionnée à l'ouvrage à faire. S'agit-il de pratiquer une ignipuncture ou une résection de l'ovaire, par exemple, il suffira de faire une incision de 5 à 6 centimètres.

L'incision doit être faite très bas. J'ai l'habitude de faire une plaie dont l'extrémité inférieure empiète sur la région pileuse soigneusement rasée. Pourquoi l'incision doit-elle être située très bas ? La raison en est simple : près du pubis, les muscles droits sont ramassés, contigus ; plus haut, ils s'éloignent. Si donc on fait une incision qui porte sur la partie inférieure de ces muscles, on aura plus de facilité à ramasser ces muscles, à les rapprocher et à avoir par suite une cicatrice solide.

On a dit qu'en sectionnant les tissus aussi bas, on risquait de blesser la vessie. Si l'on a soin de vider la vessie avant la laparotomie, on peut dire que cette crainte est illusoire toutes les fois qu'il s'agit d'opération sur les annexes, d'hystéropexie, etc. Il faut reconnaître que la blessure de la vessie est possible dans les cas de gros fibromes. Parfois les fibro-myomes repoussent la vessie par en haut. Il se produit même un véritable diverticule qu'on peut léser, si on ne pratique pas l'incision des parois abdominales avec précaution. Sauf cette exception, il n'y a pas lieu de redouter une plaie de la vessie quand on pratique l'incision aussi bas que possible.

Je répète que si les lésions annexielles sont petites, s'il s'agit de fixer l'utérus à la paroi abdominale, l'incision doit être basse et petite.

Mais, dira-t-on, à travers les lèvres d'une incision aussi petite, on ne peut rien voir. Mais vous devez savoir que pour pratiquer les opérations sur les organes génitaux, il ne faut pas se servir uniquement des yeux pour reconnaître les lésions, pour se faire une idée exacte de leur topographie. Les doigts doivent suffire dans un certain nombre de cas. On commence l'opération comme si l'on était aveugle et comme si l'on n'avait à sa disposition pour apprécier l'état des organes que le tact. Vous me voyez fermer parfois les yeux pendant l'opération. C'est dans le but d'exalter, pour ainsi dire, le sens du tact qui est nécessaire pour bien apprécier les lésions.

Avant de chercher à voir dans le petit bassin, il faut s'habituer à bien sentir tout ce qui s'y trouve. On doit pouvoir terminer certaines opérations sans avoir besoin de se servir de la vue pour contrôler les renseignements fournis par le toucher.

Je reviens à la longueur de l'incision. Quand il s'agit de l'ablation d'un gros morceau, comme un fibrome par exemple, une petite incision ne suffit plus. Si la tumeur est irréductible, il faut agrandir l'incision. Mais est-on, au contraire, en présence d'une tumeur réductible, d'un kyste de l'ovaire que l'on peut vider, une incision de 10 à 11 centimètres peut suffire. Tout d'abord on peut croire qu'un gros kyste ne passera jamais à travers les lèvres de la plaie abdominale. Mais, grâce à la ponction, on vide le kyste, on le réduit considérablement et en fin de compte, la tumeur réduite pour ainsi à sa coque passe à travers les lèvres d'une incision de 10 à 12 centimètres. En règle générale, une incision de 8 centimètres doit suffire. Le kyste ponctionné, à peu près vide, ressemble à un mouchoir tassé dans la profondeur de la poche et que l'on fait sortir en le déroulant à travers l'ouverture extérieure de la poche.

Il y a nécessité, je vous le dis, à faire des petites incisions. Une Femme qui a le ventre fendu de l'appendice xiphoïde au pubis est condamnée à peu près fatalement à avoir une hernie. Il y a donc lieu de tenter la réduction des kystes de l'ovaire pour les faire passer à travers une boutonnière abdominale aussi petite que possible. Si on opère un corps fibreux, l'incision doit être suffisante pour faire passer la tumeur sans qu'il soit nécessaire de tenter la réduction de la masse solide à l'aide du morcellement.

Il faut poser comme règle que l'on doit commencer par faire une incision petite ou moyenne. La partie supérieure de l'incision dépasse rarement l'ombilic, sauf quand on veut faire une hystérectomie abdominale totale pour fibrome. Commencez donc par une petite incision sauf à l'agrandir progressivement, suivant les besoins.

2° La seconde condition pour fermer hermétiquement la paroi abdominale, pour éviter toute éventration, est de faire une réunion parfaite.

Anciennement on se contentait de suturer tous les plans de l'abdomen avec un gros fil d'argent qui étreignait la totalité des tissus. Cette suture en masse était manifestement mauvaise. Cependant la réunion semblait être bonne ; la cicatrice suffisait à l'œil, mais elle était insuffisante en réalité. Le péritoine n'était pas bien adossé, les différents plans de la paroi ne correspondaient pas exactement et n'étaient pas rapprochés. Les tissus agglutinés n'étaient pas réunis couche à couche. Une portion de la paroi échappait parfois à l'aiguille qui traversait les tissus de la peau du péritoine. Souvent la cicatrice n'était formée que du péritoine, des tissus fibreux et de la peau. Sous l'influence de la pression abdominale à la suite d'efforts prolongés, la cicatrice subissait une distension plus ou moins considérable, d'autant plus facile à comprendre que le tissu fibreux est extensible. L'effort amenait la formation d'un sac fibreux, d'où facilité de production de la hernie.

Comment remédier à cette distension ? On a cherché un moyen à côté pour empêcher la formation du sac. On s'est dit qu'il suffisait de laisser des sutures perdues pour s'opposer à la distension des tissus. On a oublié que les choses ne se passeraient pas sur des tissus vivants comme sur des corps inorganiques et qu'un lien si solide fût-il n'empêcherait pas les tissus organiques de céder.

Les uns ont employé des sutures au catgut qui se résorbent. D'autres se sont servis de la soie, du crin et même du fil d'argent. Mais la soie, en particulier, s'infecte tardivement et s'élimine à la longue après une suppuration parfois longue. Je ne parle pas des sutures perdues au fil d'argent. Les malades ont sous la peau des boutons métalliques que l'on sent parfaitement par la palpation abdominale.

Ces sutures sont inutiles et illusoires ; de fausses notions de physiologie ont seules permis d'espérer qu'elles empêcheraient la production de la hernie.

D'autres chirurgiens ont été plus loin. Ils ont imaginé d'interposer, entre les différents plans, des corps susceptibles de renforcer les sutures. On a introduit, dans les tissus, des os décalcifiés, qui jouaient le rôle de morceaux de renforcement. La création d'un plan adventice artificiel est encore une illusion qu'il faut abandonner.

Comment faire alors pour éviter la hernie ?

Il faut réunir soigneusement tissu à tissu, plan à plan, afin d'obtenir une restauration parfaite de la paroi abdominale qui pourra plus tard supporter des pressions considérables sous l'influence des différents efforts nécessités parfois par les durs travaux auxquels les pauvres opérées doivent se livrer.

Il faut avoir à sa disposition un bon matériel de sutures et, en particulier, du bon catgut. C'est une condition indispensable à la réussite que d'avoir du catgut stérilisé à la chaleur suivant le procédé de Reverdin.

J'estime que le catgut est bien supérieur à la soie qui s'infecte, comme je vous l'ai déjà dit, tardivement et qui menace de s'éliminer après un temps plus ou moins long.

Il faut fermer le péritoine d'une façon expéditive, de façon à mettre la cavité abdominale à l'abri des germes. On se sert d'un surjet qui permet de réunir très rapidement le péritoine.

Ceci fait, il y a lieu de réunir les muscles droits. Il ne s'agit pas de mettre en contact des plans fibreux, il faut ouvrir la gaine de droite, comme je l'ai conseillé il y a 10 ans. Je cherche à avoir *un avivement par dédoublement*. J'ouvre la gaine en donnant un coup de ciseaux et la fibre musculaire se trouve avivée sans subir aucune perte de substance.

La Torre, dans le rapport qu'il a lu au Congrès de Genève (1896), donne le conseil d'exciser les tissus fibreux. Pour arriver à cette conclusion, il a fait des expériences intéressantes sur des Animaux. Mais ce qui est vrai pour les Animaux ne l'est pas chez la Femme. Ainsi à la partie inférieure de l'abdomen, l'espace entre les deux muscles droits est virtuel.

Comment exciser un espace qui n'existe pas ?

En outre quelle nécessité il y a-t-il de pratiquer une excision ? Il n'y a pas trop d'étoffe, l'excision est une mauvais



chose. Il faut faire l'avivement par dédoublement en ouvrant la gaine des muscles droits.

Quand on fait l'avivement, on est exposé à un petit accident qui peut avoir des conséquencs fâcheuses. On ouvre assez souvent des vaisseaux qui saignent un peu. Si on ne fait pas une hémostase parfaite, on court le risque d'avoir du sang entre les lèvres de la plaie. Aussi j'ai l'habitude de pratiquer mon dédoublement le plus tôt possible, de façon à donner aux vaisseaux le temps de saigner, à ceux qui sont comprimés, le temps de s'hémostasier. De telle sorte, qu'au moment où je vais faire mes sutures, les surfaces sont bien nettes et asséchées.

Un deuxième surjet indépendant du premier est ainsi fait : avec une grande aiguille courbe, on passe à travers la gaine antérieure du muscle, l'épaisseur du muscle droit, la gaine postérieure et on traverse les tissus de l'autre côté de la ligne médiane en sens inverse. On réunit ainsi la totalité du muscle droit.

Dans certains cas, quand on désire avoir un surcroit de force, on peut, en outre, faire une suture séparée, soit de la gaine antérieure, soit de la gaine postérieure. Mais ordinairement, je pratique une suture unique qui comprend les deux gaines et le tissu musculaire.

Grâce à cette suture, on obtient la fusion totale des deux muscles ; on n'a qu'un seul muscle droit.

On suture ensuite les plans superficiels. Vous savez les différences d'épaisseur du tissu adipeux suivant les Femmes. Si le tissu est très épais, il faut le réunir exactement. J'ai l'habitude de pratiquer cette réunion indirectement par une suture profonde.

Avec une forte aiguille chargée d'une soie qui entraîne à sa suite un fil d'argent, je traverse, à une certaine distance de la plaie, à environ deux travers de doigt, la peau, le tissu cellulaire et j'accroche en même temps l'aponévrose du muscle droit. L'aiguille suit un trajet inverse de l'autre côté. On a ainsi une anse de fil qui a accroché l'aponévrose, le tissu cellulaire et la peau. Je fais une suture profonde enchevillée en mettant sur la peau des bourdonnets de gaze iodoformée. La peau et le tissu cellulaire sous-cutané se trouvent ainsi rapprochés.

Mais avant de serrer cette suture profonde, je fais la suture de la peau.

Comment faut-il pratiquer cette suture ?

On peut faire simplement un surjet, ce qui donne de bons résultats.

Je préfère la suture intra-dermique qui est un surjet alterné, exécuté de telle sorte qu'on ne fait aucun trou à l'épiderme.

Quand toutes les sutures sont ainsi faites et avec le plus grand soin, on se met, dans la très grande majorité des cas, à l'abri des récidives.

REVUE FRANÇAISE

A. Ricard.— TRAITEMENT DES FIBROMES UTÉRINS. (*Gazette des Hôpitaux*, 1898.)

Lorsque le médecin a reconnu qu'une Femme est atteinte de fibrome de l'utérus, il n'a encore posé qu'un diagnostic insuffisant pour établir son traitement. Il est de toute nécessité qu'à côté de la nature fibromateuse constatée de la tumeur, il accumule une série de renseignements complémentaires résultant de l'âge de la malade, du mode et de la rapidité d'évolution de la tumeur et surtout des différents troubles fonctionnels déterminés par sa présence.

Le véritable diagnostic découlera de l'ensemble des renseignements obtenus, et non de la simple étiquette de fibrome apposée sur la tumeur observée.

Il est de toute évidence que les fibromes utérins sont cliniquement fort dissemblables entre eux. L'anatomie pathologique les a déjà rangés en une série de variétés : les uns à développement abdominal et sous-séreux, *fibromes sous-péritonéaux* ; d'autres encore enfouis au sein du tissu musculaire dans lequel ils ont pris naissance, *fibromes interstitiels* ; d'autres enfin, proches de la cavité utérine, *fibromes sous muqueux*, dont quelques-uns font une saillie de plus en plus prononcée dans la cavité de la matrice et deviennent des *polypes utérins*. Ajoutons à cela les *fibromes pelviens*, à développement *intra-ligamentaire*, et enclavés dans le petit bassin.

Ces variétés, intéressantes au point de vue anatomo pathologique, donnant, chacune d'elles, naissance à des symptômes qui leur sont particuliers, sont moins spécialement utiles à connaître lorsqu'il s'agit de poser des *indications thérapeutiques*.

Ces indications se tirent surtout de l'existence de certains troubles, de certaines complications, dus à la présence du fibrome. Par exemple, une indication opératoire résultera moins du siège sous-muqueux d'un fibrome que des hémorragies auxquelles il donne naissance ; elle découlera moins du siège sous-péritonéal d'un fibrome que des troubles de compression occasionnés par son volume. En d'autres termes, on se décidera pour le choix du traitement d'un fibrome, moins parce que ce fibrome sera sous-péritonéal, interstitiel ou sous-muqueux, que parce qu'il sera hémorragique, douloureux, compressif, etc. Ce sont donc les modalités cliniques qui décideront du traitement plus que les modalités anatomo-pathologiques.

L'acte opératoire étant le dernier terme des ressources thérapeutiques, nous allons le prendre comme base des indications et diviser les fibromes en trois variétés :

1° Ceux qu'on ne doit pas opérer ;
2° Ceux que l'on peut opérer :
3° Ceux qu'il faut opérer.

II

1° ON NE DOIT PAS OPÉRER le fibrome petit, ou de moyen volume, d'allure silencieuse, existant sans symptômes révélateurs autres que ceux fournis par le toucher et le palper ; le fibrome découvert au hasard d'une exploration abdominale, mais ne donnant lieu par lui-même à aucun symptôme morbide.

On ne doit pas opérer le fibrome petit, même chez une Femme jeune encore, sans la soumettre à une longue période d'observation, pour étudier son mode d'évolution et la rapidité de son accroissement. S'il est inutilement téméraire d'opérer un fibrome dès qu'il est reconnu, il est non moins imprévoyant de le laisser évoluer et d'attendre, pour intervenir, qu'il soit devenu dangereux et menaçant.

A moins d'urgence, les fibromes de l'âge voisin de la ménopause ne doivent pas être opérés ; il faut, à leur égard, se montrer plus patient et escompter, sans cependant autant s'illusionner que le veulent les classiques, la régression qui peut suivre la cessation des règles. Bien des Femmes fibromateuses ont vu, après cette période critique de leur âge, des fibromes, autrefois gênants, atténuer leurs symptômes et devenir réellement tolérables. On respectera donc des fibromes d'une Femme qui a dépassé la quarantaine, alors qu'on serait intervenu pour le même fibrome sur un sujet plus jeune.

S'il est des fibromes, et ils sont nombreux, que le chirurgien doit respecter parce qu'ils sont réellement bénins d'allures, il en est d'autres qu'il faut respecter également parce que le délai des indications opératoires est passé. Ce sont des Femmes trop âgées, cachectiques ; ce sont des fibromes trop volumineux, adhérents, chez des sujets épuisés, amaigris, à cœur droit dilaté, à respiration courte, à nutrition affaiblie. Les veines des membres inférieurs et du bassin sont thrombosées, le rectum comprimé, les fonctions abdominales et thoraciques troublées.

Ici les contre-indications peuvent se résumer en une seule ligne. L'acte opératoire est trop grave pour la trop faible résistance du sujet. C'est au chirurgien qu'il appartient de peser les deux termes du problème, de préciser la gravité de l'intervention, et le peu de vitalité de la malade. Il est des cas extrêmes pour lesquels personne n'hésite. On n'opère pas des moribonds. Il en est d'autres, cas limites, qu'il est difficile de préciser et que chaque chirurgien peut placer à sa volonté et suivant sa conscience dans la catégorie des cas qu'on opère ou de ceux qu'on n'opère pas.

Quand le traitement chirurgical n'est pas indiqué, on doit recourir au traitement médical.

LE TRAITEMENT MÉDICAL peut être lui-même inutile, si le fibrome est réellement silencieux ; car, ne pouvant avoir la prétention d'être curateur, le traitement médical doit borner son ambition à atténuer et guérir des symptômes morbides. Il lui faut, en effet, des symptômes pour mériter son épithète de traitement symptomatique.

On se bornera alors à quelques conseils hygiéniques : éviter toute cause de congestion pelvienne, susceptible, par l'afflux sanguin répété, d'activer la nutrition des fibromes, supprimer les excès de fatigue de toute sorte, l'équitation, la bicyclette, les excès vénériens, combattre la constipation ; conseiller le repos et même le repos au lit au moment des règles pour peu que celles-ci soient abondantes.

Nous disions plus haut, éviter les excès génésiques. Nous dirons en plus, éviter la fécondation. Une Femme, atteinte de fibrome de l'utérus, ne doit pas être mère ; sans doute, il est des cas de grossesse menée à bien avec un utérus fibromateux, mais combien d'autres se sont malheureusement terminés par la mort de l'enfant, et par celle de la mère ! Nous considérons donc comme un devoir



d'avertir les jeunes Femmes fibromateuses du danger que leur ferait courir une maternité.

III

Cas ou l'on peut opérer. — Le traitement médical ne peut être véritablement discuté que lorsque les fibromes deviennent gênants par le fait d'un symptôme quelconque, cas dans lesquels il est à mettre en parallèle avec le traitement chirurgical. Cette deuxième catégorie de fibromes où l'intervention devient discutable est caractérisée par ces tumeurs qui,sans être absolument silencieuses, donnent naissance à quelques troubles : soit de compression rectale ou vésicale, suivant leur siège, soit de pesanteur pelvienne, soit de ménorragies déjà réelles, ou de douleurs vagues et irradiées dans l'abdomen ou sur le trajet du sciatique, de pousssées congestives, coïncidant ou non avec les règles. Ces fibromes qui commencent à manifester leur présence doivent être traités d'une façon plus suivie, ils réclament non seulemant un traitement, mais une surveillance prolongée. Les malades doivent, à des intervalles plus ou moins éloignés, se présenter à l'examen médical pour qu'il soit possible de contrôler l'évolution du fibrome, s'il est arrêté ou s'il progresse, et, dans ce dernier cas, prendre telle décision que comporte la rapidité de sa progression.

Pour les fibromes de cette catégorie, le médecin a le devoir de se montrer plus sévère sur les conseils qu'il a donnés, de tenir à leur exécution plus rigoureuse.

On nous permettra de ne pas insister sur l'historique du traitement médical. Lorsque la chirurgie était, autrefois, si meurtrière, on comprend que les médecins se soient ingéniés à tirer de la thérapeutique médicale toutes les ressources qu'elle pouvait leur donner.

Nous nous contenterons de mentionner les méthodes thérapeutiques actuellement encore en usage.

De tous les médicaments internes, c'est l'*ergot de seigle* qui est encore le plus en faveur. Tiré de l'oubli par Hildebrand, en 1872,il a été après lui employé par nombre de gynécologues. S'il faut en croire ses propagateurs, il aurait donné un certain nombre de succès, non pas seulement quelques succès symptomatiques comme la cessation des hémorragies, mais l'atrophie, voire même la disparition des fibromes. Verneuil s'était montré un fervent partisan de cette méthode.

Comment agit l'ergot ? Est-ce en contractant et en tétanisant les fibres musculaires de l'utérus et en anémiant de la sorte le fibrome, dont il diminue le champ circulatoire ? Est-ce par action directe sur les fibres musculaires du fibrome ? Il est difficile de le dire. Toutefois, le raisonnement porte à penser que l'ergotine doit avoir son maximum d'effet dans les fibromes interstitiels, largement enveloppés dans un utérus à parois hypertrophiées et contractiles, dans les myomes, riches en fibres musculaires. On peut supposer que, par la contraction persistante des fibres utérines, il pousse le fibrome vers la muqueuse, active sa pédiculisation et favorise son énucléation et consécutivement son expulsion. Son action, on le conçoit, doit être nulle sur les fibromes sous-péritonéaux, sur les fibromes kystiques.

Mais le traitement d'Hildebrand, pour être peu efficace, est long et pénible et le plus souvent il lasse la patience des médecins et des malades avant que le moindre résultat soit appréciable.

L'ergot doit être donné, non en potions, mais en injections, sous forme de solution d'ergotine. En s'inspirant de la formule de Simpson, on peut formuler :

Ergotine	2	grammmes.
Hydrate de chloral	1	—
Eau	200	—

XII gouttes de cette solution représentent 20 centigrammes d'ergotine qu'on injectera quotidiennement à l'aide de la seringue de Pravaz préalablement stérilisée. Ces injections, pour n'être pas douloureuses, ne doivent pas être faites sous la peau, mais en plein muscle, dans la paroi de l'abdomen, les fesses ou les cuisses. Autrefois, elles se compliquaient de nodosités inflammatoires et même de phlegmons, qu'une préparation plus aseptique doit éviter. On trouve aujourd'hui dans le commerce de petites ampoules contenant 50 centigrammes à 1 gramme de solution d'ergotine.

Ces injections, faites pendant des mois, peuvent avoir un retentissement sur la santé générale, déterminer des crampes musculaires, donner des signes d'intoxication par l'ergot. Souvent elles s'accompagnent de migraines spasmodiques. Aussi, devant la longueur, la difficulté d'un traitement rigoureux mises en regard de son peu d'efficacité, on peut dire que la méthode est retombée dans l'oubli dont Hildebrand l'avait retirée.

Toutefois, d'une façon empirique, on voit nombre de médecins prescrire l'ergotine en potion contre les hémorragies des fibromes. Il faut peu compter sur cette médication, basée sur l'action de l'ergot sur les fibres de l'utérus gravide, et transportée théoriquement du domaine de l'obstétrique dans celui de la gynécologie.

On s'est alors tourné vers les succédanés de l'ergot, cherchant des substances qui agiraient sur la contractilité utérine et pourraient amener l'atrophie du fibrome ou tout au moins ralentir sa nutrition. On a recommandé la teinture de *cannabis indica* à la dose de X à XXX gouttes par jour, et l'extrait fluide d'*hydrastis canadensis* à une dose variant de XX à L gouttes (1).

Le *viburnum prunifolium*, étudié par M. Auvard et M. Monclar dans sa thèse, est un sédatif du système utéro-ovarien. On l'a donné pour combattre les métrorragies de la ménopause. Il calme les douleurs dues à la contraction des fibres lisses, on le recommande contre les tranchées utérines, contre les douleurs de la dysménorrée. On l'emploie surtout en teinture à dose de C à CL gouttes dans les vingt-quatre heures ; mais s'il n'est pas toxique comme l'opium, on doit reconnaître qu'il a un pouvoir calmant bien moins marqué et que, pour les douleurs et les métrorragies des fibromes, son efficacité est des plus douteuses.

Ces substances, qui ont une action variable mais incontestable sur certains phénomènes utérins, n'en ont en général aucun contre le fibrome lui-même, les douleurs ou les hémorragies qu'il détermine.

Une autre série de médicaments ont eu la prétention non justifiée de provoquer la résorption de la tumeur. L'iode, l'iodure de potassium, le bromure, le chlorure de calcium (chirurgiens anglais) amèneraient la dégénérescence athéromateuse des vaisseaux. M. Guéniot a conseillé l'arsenic et le phosphore.

En réalité, il n'existe pas un traitement interne du fibrome lui-même, il n'y a qu'un traitement purement symptomatique. Le médecin prescrira l'ergotine, l'hydrastis, le viburnum, dans les hémorragies ; le bromure, l'opium, l'antipyrine, dans les douleurs. Mais aucun agent médicamenteux ne permet à celui qui le prescrit de faire espérer la disparition de la tumeur.

A côté de ces traitements, nous devons ranger une méthode plus récente, mais plus digne d'attention par les résultats incontestables qu'elle procure, nous voulons parler du *traitement électrique* des fibromes.

Il est toutefois encore difficile de se faire une opinion de la valeur exacte de ce traitement dirigé contre les fibromes. Si l'on en croit les apôtres de la méthode, c'est le traitement souverain, c'est la panacée à laquelle rien ne résiste : devant lui, les complications s'arrêtent, les hémorragies cessent, les douleurs s'apaisent, le fibrome lui-même s'atrophie et finit par disparaître. Par contre, certains chirurgiens dénient à l'électricité toute action thérapeutique sur le fibrome.

Sans vouloir prendre parti dans les discussions passionnées qui ont eu lieu entre électriciens et opérateurs (2), je dirai, me basant uniquement sur ma pratique personnelle, que le traitement électrique est surtout efficace contre les hémorragies, qu'il calme parfois les douleurs, mais il me paraît de nul effet sur l'évolution même du fibrome. Reprenons les unes après les autres les trois propositions :

La diminution des hémorragies est hors de doute ; et à la suite de l'application du traitement intra-utérin, nous avons vu fréquemment disparaître les hémorragies d'utérus fibromateux. On nous permettra de ne point essayer d'expliquer comment agit ce courant électrique. Les spécialistes eux-mêmes ne sont point d'accord, les uns voulant qu'il s'agisse d'une véritable cautérisation électrolytique, emploient de hautes intensités, et pénètrent avec leurs électrodes dans la cavité utérine, les autres se bornent à placer leur électrode dans le vagin ou sur le col même de l'utérus sans pénétrer dans la cavité. Ceux-ci n'emploient même que de faibles intensités avec ou sans renversement de courant. Pour nous, sans préjuger en rien de la valeur de la deuxième méthode, nous avons toujours eu recours à la méthode des hautes intensités, suivant la technique d'Apostoli, et nous avons pu constater la disparition des hémorragies dans un certain nombre de cas.

Les douleurs ont, par contre, paru résister davantage, les insuccès ont été plus fréquents, et, en tous cas, les quelques succès n'ont été que très momentanés.

(*A suivre.*)

(1) Pigache. *L'hydrastis canadensis dans les affections utérines*, Th. de Paris, 1890.

(2) Nous nous bornerons à signaler un travail de M. Labadie-Lagrave et Reynier sur « La valeur de l'électricité dans le traitement des fibromes utérins » *Méd. Mod.*, 9 octobre 1890, ainsi que l'article de M. Delbet dans le *Traité de chirurgie*, t. VII, page 459, 1re édit.

Tout ouvrage dont il sera envoyé deux exemplaires sera annoncé et analysé s'il y a lieu.

R. PICHEVIN, *Directeur-Gérant.*

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE DAIX FRÈRES.
Maison spéciale pour Journaux et Revues.



SOMMAIRE

DES

ACCIDENTS CONSÉCUTIFS A LA FERMETURE DE L'ABDOMEN

APRÈS LA LAPAROTOMIE

Par M. Pozzi, Membre de l'Académie de Médecine, Professeur agrégé.

(*Leçon recueillie le 4 mars 1898.*)

—

Dans une précédente leçon, je vous ai dit quel était le meilleur moyen de suture qu'il fallait adopter pour ramener l'abdomen sectionné au type normal et pour obtenir la restitution aussi parfaite que possible de la forme.

Quel que soit le procédé que l'on choisisse, il faut de toute nécessité, pour avoir un bon résultat, que la peau de la paroi abdominale soit absolument aseptisée.

On lavera avec grand soin le champ opératoire, avec de l'eau chaude, du savon et une brosse propre. J'insiste sur l'importance qu'il y a de se servir d'une brosse propre. Mieux vaut ne pas brosser l'épiderme de la malade que d'employer une brosse quelconque. Il est préférable de frotter l'épiderme avec du coton trempé dans l'eau chaude que de s'exposer à infecter la plaie en transportant sur la peau de l'abdomen des germes pathogènes qui peuvent être déposés sur les poils de la brosse.

Il faut frictionner assez fort, mais pas avec trop de rigueur, au risque d'enlever l'épiderme, comme je le vois faire de temps à autre par des jeunes élèves pleins de zèle.

On rase avec soin le mont de Vénus, dont les poils sont si souvent le réceptacle de tant d'impuretés.

On lave à l'alcool pour enlever les parties grasses et on complète ce nettoyage avec de l'éther. A ce sujet je vous recommanderai de prendre une petite précaution. Il faut protéger la vulve avec du coton de façon à mettre les petites lèvres à l'abri de l'éther qui cause à l'opérée des cuissons parfois vives, après le réveil du sommeil anesthésique.

Après le lavage à l'éther, on soumet la peau à l'action d'une solution forte de sublimé, non pas à 1 pour 1.000, mais à 1 pour 200.

Avant d'aller plus loin, je veux attirer votre attention sur la nécessité de pratiquer une antisepsie soignée de l'ombilic. Vous savez combien il est difficile d'assurer la désinfection de l'ombilic, qui, chez les gens peu soigneux, est parfois obstrué par un bouchon cérumineux. Pour bien nettoyer le diverticule ombilical, il est nécessaire de se servir d'une pince tire-balle, de façon à attirer les téguments profonds à l'extérieur, à retourner, à déplisser la dépression ombilicale. On arrive ainsi à en nettoyer toutes les anfractuosités. Ces détails sont bons à connaître, car il est indispensable de toujours bien nettoyer l'ombilic toutes les fois que l'on doit faire la laparotomie. On ne sait jamais si on ne sera pas obligé, au cours de l'opération, de prolonger l'incision abdominale et de dépasser l'ombilic.

Je passe maintenant à l'exposé de quelques détails opératoires, qui ont leur importance, comme vous pouvez en juger vous-même.

Dans certains cas, que je ne veux pas préciser aujourd'hui, on doit pratiquer le drainage de la cavité abdominale. On se sert soit d'un drain, soit d'une simple mèche de gaze, soit d'un Mickulicz. Je vous ai dit que je faisais un surjet au catgut. Si on laisse un trou pour laisser passer le drain ou la mèche de gaze, le catgut se trouvera en contact avec le tube en caoutchouc plus ou moins rempli de liquide ou la mèche ordinairement mouillée. Le catgut en contact avec l'humidité se desserre rapidement. Si l'on veut éviter la désunion, il faut renforcer la suture à la partie de la plaie qui est immédiatement en contact avec le drain ou la gaze. Il est donc nécessaire, à mon sens, de mettre une suture au fil d'argent ou au crin de Florence au point tangent à l'ouverture créée pour le drainage. C'est un point de renforcement qui empêchera l'élargissement du trou laissé pour le passage du drain.

Il est une autre précaution que je désire signaler à votre attention. Chez les Femmes, dont les parois abdominales n'ont jamais été amincies par la grossesse, ou au contraire, chez la Femme enceinte, il existe parfois une vascularisation très grande de l'abdomen. La section des parois donne lieu à un écoulement de sang prolongé. L'hémostase est difficile. Dans ces conditions ou si les parois abdominales sont extrêmement épaisses, il est bon de faire du drainage entre les différents plans de suture. Il est exceptionnel de mettre un drain entre le péritoine et le muscle droit ; il est moins rare de placer un tube en caoutchouc entre l'aponévrose antérieure de ce muscle et le tissu cellulaire. On peut, du reste, laisser en place pendant 24 heures soit un drain, soit une mèche de gaze iodoformée. Il faut dans tous les cas, si l'on préfère un drain, se servir d'un tube en caoutchouc suffisamment résistant. Si l'on met un drain relativement faible, à parois flexibles, on risque d'avoir des accidents. Le sang s'accumule dans la profondeur, parce que le drain fonctionne mal ou même pas du tout. Chez les Femmes très grasses, à parois abdominales très épaisses, le drain est souvent exposé à ne pas remplir le but qu'il doit attendre. On doit donc choisir, surtout, dans ce cas, un tube en caoutchouc très épais ou mieux un tube en verre fenêtré.

Le pansement de la plaie a une certaine importance. Anciennement on accumulait une quantité plus ou moins considérable d'antiseptiques sur l'incision. On mettait de la poudre d'iodoforme, des gazes très chargées d'iodoforme, etc. Actuellement on vise plus à l'asepsie qu'à l'antisepsie. Si on opère dans un milieu absolument aseptique, si on est sûr de ses aides, on peut à la rigueur se contenter de mettre sur la suture une gaze simplement aseptique ; mais j'ai l'habitude, par excès de précaution, de placer sur la suture une gaze iodoformée par-dessus de l'ouate, ensuite un petit matelas de tourbe. Le tout est recouvert d'une gaze en flanelle qui sert à faire de la compression.

En somme, je fais un pansement aseptique et légèrement antiseptique et j'exerce un certain degré de compression sur l'abdomen.

La compression est utile afin d'obtenir l'immobilisation de la paroi abdominale, ce qui est un soulagement pour les opérées. La compression empêche aux efforts de vomissements d'exercer une action trop forte sur les plans de suture et s'oppose au ballonnement du ventre.

J'arrive maintenant à une autre question. Quand faut-il enlever les fils ?

Les sutures de renforcement au fil d'argent ou au crin de Florence doivent être enlevées assez rapidement. En effet, si on les laisse trop longtemps, elles risquent de produire des eschares, parce qu'elles serrent les tissus avec une certaine force. Il est bon de suturer ces fils vers le 4e ou le 5e jour.

A-t-on fait des sutures intra-dermiques, l'on ne s'en occupera que vers le 8e jour. S'agit-il d'un surjet au catgut, il n'y a pas lieu de penser à l'enlever ; comme vous le savez bien, le catgut se résorbe.

Quand on a retiré la suture intra-dermique il y a souvent lieu de renforcer la cicatrice à l'aide d'une suture sèche. Je me sers de l'adhésol qui a bien quelque inconvénient, mais qui me semble, en l'espèce, préférable au collodion riciné. Celui-ci peut être utilisé. On peut aussi mettre sur la plaie des bandelettes de diachylon imbriquées. Que l'on se serve de l'adhésol, du collodion, ou du diachylon, on n'a qu'un but : bien soutenir les parois abdominales. On laisse cette suture sèche pendant 8 jours.

Il va être question maintenant des accidents qui surviennent à la suite de la suture abdominale.

Si l'on n'attend pas l'asséchement complet de la plaie avant de faire les différentes plaies de suture, il se produit un petit thrombus entre les lèvres de la plaie. La discision avec thrombus est une condition excessivement favorable à l'infection locale. Il existe, du fait de l'épanchement de sang, un milieu de

culture qui permet la facile pullulation des germes. C'est pour cette raison que la production du thrombus est ennuyeuse, fâcheuse.

Au point de vue clinique, on peut dire qu'il faut se hâter d'intervenir dès qu'on remarque un changement de coloration, une saillie, une traction exagérée au niveau d'un des points de suture. Il faut désunir partiellement la suture avec une sonde cannelée et évacuer la collection qui se trouve entre les lèvres de la plaie. On met ensuite un petit drain.

Il peut se faire que le thrombus s'infecte. Il en résulte un abcès qui évolue sans amener de phénomènes généraux sérieux. Il y a simplement une élévation thermique qui doit faire penser, en l'absence de signes d'infection péritonéale, à un abcès de la paroi.

On peut dire d'une façon générale qu'il faut désunir les lèvres d'une plaie qui a été suturée dès que se manifestent des signes non douteux d'inflammation. Ne pas ouvrir une plaie infectée, c'est élever au cube l'inflammation et la septicité.

Dans l'espèce, l'infection n'est ordinairement pas grave, par la bonne raison que l'abcès se développe dans les couches superficielles, en dehors du péritoine.

La désunion, quand elle n'est pas étendue, ne risque pas trop d'affaiblir la suture. Il faut, par exemple, faire un pansement approprié dans les cas de ce genre. On met une gaze iodoformée et par-dessus un pansement humide. Quelques compresses imbibées d'une solution antiseptique ou d'eau simplement bouillie et recouvertes d'un tissu imperméable amènent assez rapidement l'arrêt de l'inflammation.

Mais ce n'est pas tout. Il faut favoriser le rapprochement des lèvres de la plaie désunie par un petit artifice dont je vais vous parler.

Quand la plaie est suffisamment désinfectée, et seulement à ce moment, on colle sur la paroi abdominale, à droite et à gauche de la portion désunie de la plaie, un petit corset fait avec de la gaze iodoformée et muni de petits crochets. On passe sur ces crochets des fils aseptisés pour lacer le corset et rapprocher les deux bords de la plaie.

On obtient une réunion assez rapide par ce mode de cicatrisation auquel les Italiens ont imposé la dénomination de cicatrisation primitive secondaire.

Il faut que je vous entretienne d'un autre accident plus grave et heureusement plus rare que la production du thrombus, je veux parler de la désunion totale et rapide de toute l'étendue de la plaie abdominale. L'épiploon, des anses intestinales font hernie à travers les lèvres de la plaie. Il s'agit d'une éventration aiguë. Je n'en ai observé que 3 cas dans ma pratique.

Cet accident, qui arrive à l'improviste, émeut singulièrement les aides qui sont appelés d'ordinaire à la constater, en l'absence du chirurgien. L'éventration se produit vers le huitième jour au moment où le catgut est résorbé.

Si une cause s'est opposée jusque-là à la réunion vitale, à l'agglutination des différents plans, la désunion se produit quand la réunion mécanique vient à cesser brusquement du fait de l'ablation des fils. La plaie s'ouvre et la hernie se produit.

C'est ce qui est arrivé chez une de mes malades, ainsi que je vous l'ai dit dans la leçon précédente.

Chez cette Femme exceptionnellement adipeuse, ayant une épaisseur considérable de graisse au niveau de la paroi abdominale, de ses muscles et de son épiploon, j'avais pratiqué la résection d'un sac herniaire. Il en était résulté un affaiblissement réel de la paroi abdominale. Lors de mon opération, il fut difficile de rapprocher les lèvres de la plaie, l'hémostase fut pénible et, malgré le drainage, par suite de conditions défectueuses (drain trop faible, etc.), un thrombus se produisit et s'infecta.

Cette Femme était emphysémateuse. Sous l'influence de quelques efforts de toux, les adhérences qui existaient entre les bords de la plaie cédèrent et la cicatrice s'ouvrit pour donner passage à de l'épiploon. Celui-ci ne fut réduit que 4 heures après l'accident. On donna du chloroforme à la malade et on réunit la plaie plan par plan. On obtint une guérison parfaite.

Cet accident de désunion immédiate soit superficielle, soit profonde, est en réalité extrêmement rare. Dans mon service le fait se produit très exceptionnellement, car on a l'habitude de faire soigneusement les sutures de l'abdomen, de façon à avoir une cicatrice solide qui mette les opérées à l'abri de l'éventration et de la hernie.

A côté de l'éventration se place la hernie post-opératoire qu'il est bon de différencier de la première.

On voit la hernie se montrer dans un point faible de la paroi abdominale. Ce point faible se trouve réalisé dans deux conditions : *a*) par la présence d'un pédicule inséré dans la plaie abdominale, ce qui constitue un lien de moindre résistance ; *b*) par le drainage.

a.) Il fut une époque où la pédiculisation intérieure était la règle. On n'osait pas réduire dans l'abdomen même le pédicule d'un kyste de l'ovaire. Ce temps n'est plus. En ce moment le dernier vestige de cette méthode archaïque est la formation d'un pédicule externe quand on pratique l'hystérectomie pour corps fibreux. Autour de ce pédicule fixé à la paroi abdominale il y a un point faible. On voit se produire consécutivement une hernie.

La hernie est plus fréquente après le drainage. Il existe un *locus minoris resistentiæ* à l'endroit où la réunion ne s'est pas faite plan à plan. A ce niveau la cicatrice est faible. A-t-on fait un Mickulicz, la présence de cette masse assez considérable de gaze qui passe à travers la paroi abdominale risque de provoquer une désunion de la cicatrice.

Il se produit deux espèces de désunion au niveau de la cicatrice. Une première, qui est l'éventration proprement dite. la seconde, qui est la hernie.

L'éventration proprement dite est l'écartement de la ligne blanche, l'affaiblissement de la ligne médiane. Sous l'influence d'un effort, de la pression abdominale, la paroi bombe entre les deux muscles droits, Mais la malade est-elle couchée, son ventre est creux ou en bateau. Entre les droits de l'abdomen, on sent une rigole. La malade fait-elle un effort, on voit bomber ses intestins dans l'intervalle des muscles droits.

La hernie proprement dite a une autre physionomie. Il existe dans le cas un véritable sac. Dans un point limité, il s'est fait un affaiblissement de la cicatrice ; le péritoine pousse un prolongement, d'où la production d'une poche avec un collet herniaire. C'est la hernie post-opératoire proprement dite qui siège au niveau même de la cicatrice, à l'endroit où l'on a fait le drainage dans ce cas, à la partie inférieure de la place, mais plus souvent plus haut, — quand il n'y a pas eu de drainage, — car c'est à la partie supérieure de la cicatrice que la réunion des différents plans de paroi fait le moins bien.

Le sac herniaire contient soit de l'epiploon, soit de l'intestin ou quelquefois de l'epiploon et de l'intestin. L'epiploon est souvent adhérent soit au fond du sac, soit au pourtour du collet. Les adhérences de l'intestin au sac sont plus rares.

Ces hernies, même quand elles sont peu volumineuses, produisent un état nerveux particulier. Il existe une entéroptose spéciale. L'entéroptose des hernies qui rend tout effort impossible, ce qui donne naissance à un état neurasthénique bien connu.

Technique. — La cure de la hernie sous-ombilicale, para-ombilicale ou même ombilicale est assez facile. La technique est simple, mais on l'a compliqué comme à plaisir en inventant des procédés multiples et des procédoncules qui ne sont d'aucune utilité. J'ai pour ma part adopté un *modus faciendi* depuis fort longtemps.

En somme, dans la cure de la hernie post-opératoire, il faut remplir trois indications principales : 1° détruire le sac ; 2° réduire ou diminuer le contenu de la hernie ; 3° reconstituer sur son type normal la paroi abdominale.

Il n'est pas difficile de réaliser ces trois conditions.

Pour détruire le sac, il faut tout d'abord y pénétrer. On doit faire l'incision non pas directement sur la cicatrice, mais sur les parties latérales. Pourquoi sur les parties latérales ? Parce que l'on ne sait pas quelle est l'épaisseur de la cicatrice. Est-elle mince, on risque de pénétrer d'emblée dans le sac et de produire des lésions intestinales. Ces lésions sont d'autant plus à craindre que souvent l'intestin est adhérent à la cicatrice.

Toutes les fois que l'on pratique une laparotomie itérative, ne faites jamais une incision sur la cicatrice, sectionnez les tissus à côté. C'est une règle de conduite qui a sa raison d'être



et dont il ne faut pas s'écarter. Je me suis imposé cette manière de faire depuis le jour où j'ai assisté à une opération pratiquée par un grand chirurgien qui est mort récemment. Ce brillant opérateur ayant à faire une laparotomie itérative sectionna l'abdomen sur la cicatrice même et ouvrit du même coup l'intestin. La Femme mourut. Si j'avais tenu le bistouri, il est probable que cet accident ne me serait pas arrivé, parce que j'aurais incisé à côté de la ligne blanche. L'opérée, néanmoins, aurait peut-être succombé, mais je suis persuadé que j'aurais pu éviter l'accident qui a entraîné une terminaison fatale.

S'agit-il d'une hernie à opérer, il faut pratiquer l'incision assez loin de la cicatrice; il faut estimer la largeur de peau qu'il faut enlever et dessiner du premier coup la première partie de l'ellipse qu'il faut tracer pour supprimer la portion de peau distendue et exubérante.

Cette incision sera faite au bistouri. On disséquera couche par couche jusqu'à ce que l'on pénètre dans la cavité du sac. Avec le doigt, on explorera le sac ; on libérera la partie marginale et on achèvera l'ouverture du sac avec des ciseaux qui seront conduits sur le doigt recourbé en crochet dans la cavité, appliqué contre la paroi du sac en faisant l'office d'une sonde.

Le sac étant ouvert sur la partie latérale, on continue l'incision de façon à compléter la seconde partie de l'ellipse.

Avec des pinces on saisit successivement les parties latérales de la portion du sac qui reste en place. On va chercher le collet du sac. On doit procéder à la destruction du sac péritonéal jusqu'au niveau du collet du sac. Ce temps de l'opération est très important. Il faut pratiquer l'incision du péritoine jusqu'au collet. On reprendra la tranche de section en la saisissant successivement avec des pinces.

Existe-t-il simplement des adhérences avec l'épiploon, on peut dire que l'opération se fera sans grande difficulté et surtout sans grand danger. On peut décoller sans crainte l'épiploon ; on ne risque de détruire rien d'important et on résèque une portion de l'épiploon.

Toute la portion d'épiploon adhérente, enflammée, épaissie, devra être enlevée. On peut même ajouter qu'une partie de l'épiploon même non épaissie, mais contenue dans le sac, sera avantageusement réséquée. Il est bon d'ajouter que la résection ne devra pas porter à plus de deux travers de doigt de l'intestin.

Les adhérences intestinales doivent être traitées avec plus de circonspection et de prudence.

S'agit-il d'adhérences faibles, elles pourront être détruites avec les doigts.

Sont-elles fortes, l'intervention devra être menée avec les plus grands ménagements. C'est souvent le gros intestin qui est fusionné avec le péritoine du sac. On tentera de dégager l'intestin et de détruire les adhérences, mais si on voit que les tractions sont dangereuses, il faut laisser une petite portion du péritoine pariétal.

Une hémorragie vient-elle à se produire, on a à sa disposition deux moyens d'y remédier. On peut cautériser avec précaution la surface saignante avec le thermo-cautère. Cela suffit quand il s'agit d'une hémorragie capillaire.

Si cette thermo-cautérisation n'arrête pas l'écoulement du sang, on pratiquera un petit surjet au catgut qui agira comme une suture en masse pour tarir le sang.

Je vous ai déjà longuement entretenu du procédé que j'emploie pour suturer la cavité abdominale après la laparotomie. D'une façon générale, je suis la même technique pour faire mes sutures dans la cure de la hernie ou de l'éventration. Il est cependant nécessaire de mettre en relief quelques points spéciaux.

Quand on suture l'abdomen après la laparotomie, la suture du péritoine est d'ordinaire très facile. Mais après la résection du sac, on manque d'étoffe, le péritoine est déficient ; il est parfois peu aisé de réunir la séreuse péritonéale. Cette difficulté est telle qu'au lieu de pratiquer une suture en surjet, comme je le fais d'habitude, je mets des points séparés. Toutes les fois qu'il faut exercer une traction un peu forte pour pratiquer une réunion exacte, je substitue la suture à points séparés au surjet si rapide et si commode.

Un second point à signaler est le suivant : quand on fait une cure radicale, il est bon de multiplier les points de suture. Il faut réunir exactement l'aponévrose et le muscle. Aussi je ne me contente pas de suturer en même temps l'aponévrose superficielle les muscles droits et l'aponévrose profonde. je fais une suture séparée : 1° de l'aponévrose qui revêt la face profonde du muscle droit, 2° du muscle lui-même, 3° de l'aponévrose superficielle de ce muscle.

Ce sont des surjets de renforcement qui sont utiles et même nécessaires parce qu'il y a une traction exagérée des tissus.

Dans certains cas, on éprouve une peine énorme à réunir les deux muscles droits et leur aponévrose. Voici ce que je fais alors : avec un catgut assez fort je fais un surjet qui prend l'aponévrose postérieure. Ce surjet est d'abord assez lâche. Il ne faut pas le serrer immédiatement. On ne le fera que plus tard, anneaux par anneaux, comme les Femmes ont l'habitude de serrer leur corset. Cette suture dite suture en lacet de corset par Condamine a été pratiquée par moi depuis longtemps.

On peut procéder de la même façon pour suturer les muscles, mais si on ne prend pas en même temps l'aponévrose dans la suture, on risque de produire des déchirures musculaires.

J'ai l'habitude de décoller le muscle de sa gaîne aponévrotique, de façon à le mobiliser et à l'attirer vers la ligne médiane. Parfois le résultat est satisfaisant. Mais il n'en est pas toujours ainsi. On pratique alors dans l'épaisseur du muscle droit des scarifications qui ont pour but de dissocier le muscle. Il est vrai qu'on affaiblit la partie externe du muscle ; mais il faut dire que c'est à la partie médiane qu'est le point faible de la paroi : c'est à ce niveau qu'on risque surtout de voir se produire la hernie, parce que c'est là que porte le maximum de l'effort. Si on renforce la poche médiane en créant deux points faibles latéraux, la malade en tirera encore un bénéfice. L'effort en effet, au lieu de porter sur un point faible médian, s'exercera sur deux points faibles latéraux. Chacun de ces points latéraux affaibli ne supportera que la moitié de l'effort qui se faisait sentir auparavant sur la partie médiane. Dans ces conditions on a moins de chance de voir une hernie apparaître. Somme toute, il faut créer une paroi abdominale aussi solide que possible. Si on est obligé de l'affaiblir en un point, il vaut mieux que ce soit sur les parties latérales que que sur la partie médiane.

M. Dauriac a proposé, dans les cas où l'on éprouverait de la difficulté à rapprocher les muscles droits, de pratiquer l'entrecroisement de ces muscles.

Je taille une lanière musculaire sur chacun des muscles droits. L'une de ces lanières est poussée au devant de l'autre, de façon à ce qu'elles forment un entrecroisement en X. Des sutures de renforcement sont appliquées aux quatre extrémités de l'X et à l'endroit où les deux lanières s'appliquent l'une sur l'autre.

Au point de vue théorique ce procédé est excellent et semble bien remplir l'indication, mais si l'on se place au point de vue pratique, l'on constate que ces lanières subissent parfois une rétraction considérable et qu'il est difficile de pratiquer des bonnes sutures. Or si la suture vient à échouer, et elle peut échouer, on n'a fait qu'affaiblir considérablement le muscle.

Le procédé de Dauriac est donc à rejeter. Il faut en revenir à la technique que je vous ai indiquée tout à l'heure.

En 1893, à peu près à la même époque, Gersuny et Quenu ont décrit cette technique qu'ils ont appliquée spécialement à la cure de l'éventration. Or c'est cette technique que j'emploie pour fermer la cavité abdominale depuis 12 ans, soit après la laparotomie, soit dans le traitement de la hernie ou de l'éventration post-opératoire.

Dans certains cas la couche adipeuse de la paroi abdominale est si épaisse qu'il est bon d'enlever une position plus ou moins considérable de graisse au niveau de la solution de continuité. On coupe par deux sections obliques des tranches de lard à droite et à gauche de l'incision dans le tissu cellulo-adipeux.

En dégraissant ainsi le malade, on a un triple avantage : 1° on obtient une diminution de volume de l'abdomen ; 2° on diminue la surface de section dans une partie qui est justement difficile à réunir. On sait, en effet, que le tissu cellulo-adipeux se prête mal aux réunions par première intention; 3° quand on



a enlevé beaucoup de peau et que l'on se trouve un peu à court pour adapter les tissus des restes de l'incision, on arrive à mieux mobiliser la peau en présentant un évidement du tissu cellulaire non graisseux.

Bactériologie de l'appareil génital de la Femme.

Par Howard A. Kelly.

Traduction par le Dr Steph. Bonnet.

—

Indépendamment de leur influence en chirurgie générale, les Bactéries jouent un rôle important et spécial dans la pratique obstétricale et gynécologique. Comme le vagin leur offre une porte d'entrée, qu'elles peuvent, de là, envahir toutes les parties de l'appareil génital, il importe tout d'abord de connaître, d'une part, les conditions qui favorisent leur pénétration et leur progression, d'autre part, quels sont les moyens naturels ou artificiels, qui peuvent s'opposer à l'infection par cette voie. Malheureusement, plusieurs points de cette importante question ne sont pas encore élucidés, étant donnés les résultats contradictoires auxquels ont abouti divers observateurs ou expérimentateurs également dignes de confiance. Ces résultats peuvent se classer sous deux chefs principaux. En premier lieu, les recherches de Döderlein tendent à démontrer que, tant que la sécrétion vaginale reste normalement acide, et contient un Bacille spécial — *le Bacille de Döderlein* — il n'y a pas de danger d'infection. Si, par contre, la sécrétion perd sa réaction acide comme il arrive pendant l'écoulement lochial, cette sauvegarde contre l'infection disparaît. Le Bacille vaginal normal, présent pendant la grossesse, cède la place aux *Cocci* des lochies, mais reparaît ordinairement à la fin du puerpérium. C'est pourquoi Döderlein recommande l'usage des injections à l'acide lactique, durant la période des lochies, afin de conserver l'action de la sécrétion normale. Son but est de maintenir acides les sécrétions afin de faciliter la multiplication du Bacille normal et de prévenir celle des Micro-organismes pathogènes dont la plupart, comme on le sait, préfèrent un milieu alcalin.

En opposition avec ces résultats de Döderlein, sont ceux obtenus par Krönig et d'autres, tendant à montrer que les sécrétions normales contiennent diverses Bactéries susceptibles d'être cultivées à l'abri de l'air seulement. Krönig a décrit deux variétés de Streptocoques non pathogènes, toutes les deux anaérobies. On ne trouve, d'après lui, que peu d'Organismes aérobies ou facultativement aérobies, ces derniers préférant les milieux acides et, en outre, la sécrétion vaginale, qu'elle soit normale ou non, détruit les Organismes pyogènes introduits dans le vagin. On ignore encore quel est l'élément sécrétoire qui agit comme germicide ; mais quel qu'il soit, Krönig le proclame beaucoup plus efficace que tout antiseptique appliqué sous forme d'injections.

Il est, jusqu'à présent, impossible de concilier ces vues contradictoires. Il semble cependant bien établi que la porte d'entrée, ouverte sur le tractus génital de la Femme à l'invasion bactérienne, soit pourvue d'un appareil propre de défense. Il a été démontré que le vagin est naturellement clos et qu'il s'ouvre seulement, soit pour permettre l'issue du contenu utérin, pendant la menstruation ou la parturition, soit pendant le coït ou le toucher vaginal. Sauf dans ces deux dernières conditions, la nature tend plutôt à expulser les Micro-organismes présents qu'à admettre ceux de l'extérieur. L'occlusion habituelle du vagin offre sans doute un obstacle à l'invasion bactérienne, mais cet obstacle serait bien insuffisant si la sécrétion qui accole les parois n'était elle-même germicide, car l'occlusion seule ne peut être assez parfaite pour opposer une barrière mécanique suffisante. On ne peut l'admettre que comme sauvegarde accessoire et imparfaite. La principale est certainement la sécrétion vaginale qui, suivant les uns, n'agit que si elle est normale, et suivant les autres est également efficace lorsqu'elle est pathologique. Que le pouvoir germicide de la sécrétion vaginale tienne soit à sa réaction acide, soit à une bactérie spéciale, soit à diverses bactéries qui trouvent dans ce milieu des conditions favorables à leur développement, que son action soit purement mécanique en facilitant l'accolement de la muqueuse, en transportant les germes au dehors, en fermant hermétiquement le canal vaginal, il est admis de toutes parts que cette sécrétion exerce une action protectrice contre l'invasion des Bactéries pathogènes. Walthard a démontré que ce pouvoir germicide n'est pas dû à la mucine.

Une autre sauvegarde est en jeu dans la loi de Wissakovitsch, loi d'après laquelle toutes les cellules revêtant une partie du corps protègent les tissus sous-jacents tant qu'elles conservent leur intégrité. Que, par exemple, les cellules de revêtement du vagin soient enlevées mécaniquement ou par une érosion, un puissant moyen de protection disparaît de ce fait. Ce résultat peut survenir à la suite de l'introduction des doigts, d'instruments, d'examen ou d'injections.

De plus, la loi de Metchnikoff trouve son application dans le tractus génital comme dans toute autre partie du corps. Sur tout point attaqué par les Bactéries, les leucocytes polymorpho-nucléés et les larges leucocytes mononucléés arrivent rapidement à la rescousse et agissent comme phagocytes.

K. Menge résume ainsi les moyens de défense et les circonstances qui, en les affaiblissant, rendent l'infection possible: « Les conditions normales qui préservent de l'invasion des Bactéries pathogènes sont : les diverses Bactéries inoffensives et leurs produits, la réaction acide, les sécrétions des tissus, les leucocites et l'insuffisance d'oxygène. Ces moyens de protection sont affaiblis chez le nouveau-né, chez l'adulte pendant la menstruation, lorsqu'existe une sécrétion surabondante du corps et du col de l'utérus, ou du col seul, et à la ménopause. L'infection peut survenir encore si la vulve est béante et le vagin inversé ».

Que la protection cesse d'une manière quelconque, de s'exercer et que l'infection survienne, une question se présente de savoir si elle est due à des Bactéries exogènes ou attendant, dans le tractus génital, l'occasion opportune d'envahir les tissus. Sur ce point important, les opinions divergent. G. Winter trouve toujours des Micro-organismes, susceptibles de devenir pathogènes, dans la partie inférieure du col, aussi bien pendant la gravidité qu'en dehors d'elle. Plus large est l'orifice cervical, plus haut se rencontrent les Organismes, lesquels font défaut dans la partie supérieure de la cavité cervicale. Walthard admet que le canal génital des Femmes gravides non examinées peut se diviser en deux portions ; d'une part, celle qui se rapproche de l'extérieur et se trouve plus ou moins en rapport avec lui, d'autre part, les parties profondes, mieux protégées.

Il y a constamment des Bactéries depuis le vestibule jusqu'à la partie supérieure du canal cervical, tandis que l'utérus et les trompes en sont exempts. La cavité utérine est, pense-t-il, protégée par le mucus du col. Dans les portions de l'appareil où on trouve normalement des Bactéries, celles-ci sont rares au début du travail, plus nombreuses à la fin et pendant la grossesse, la parturition et le puerpérium, il n'est pas rare de trouver des Streptocoques, des Staphylocoques, des Gonocoques et des Coli-bacilles. Dans 27 % des cas, il a trouvé des Streptocoques, non pathogènes, il est vrai, mais qui, pense-t-il, eussent pu devenir virulents.

Fr. Vahle a trouvé des Bactéries pathogènes plus souvent que le Staphylocoque doré ou blanc : le nombre et la virulence de ces Organismes sont variables. Il semble donc probable que les Bactéries pathogènes existent souvent dans le tractus génital et qu'il leur suffit d'un affaiblissement momentané de la protection normale pour produire l'infection. L'auto-infection est ainsi parfaitement admissible. Cependant, lorsque l'infection survient, il est très vraisemblable que des Bactéries ont été introduites, peu de temps avant l'apparition des symptômes, par quelque manipulation. En effet, les Bactéries pathogènes ne restent sans doute pas longtemps endormies et inoffensives dans le tractus génital.

L'importance des Bactéries pathogènes présentes varie avec leur espèce et, de ce facteur, dépend la marche du processus infectieux, qui restera purement local et bénin ou se répandra rapidement en provoquant l'infection générale de l'organisme. S'il s'agit du *Staphylocoque* seul et particulièrement de ses variétés relativement bénignes : *citreus, albus ou epidermitis albus*, le danger est de beaucoup moindre qu'en cas de *Strepto-*



coque qui se généralise vite. Si c'est le *Gonocoque* qu'on trouve dans le vagin, les trompes sont gravement menacées. En raison du voisinage de l'anus, on trouve souvent le *Colibacille*, mais sa présence est sans gravité. La réaction sur un Organisme ne suffit pas à porter le diagnostic de Bacille tuberculeux, car le Bacille du smegma présente le même caractère. Wertheim estime que la préparation faite sur une lamelle et examinée au cours d'une opération abdominale suffit à en établir le pronostic et à indiquer si on doit, ou non, pratiquer le drainage : sur cette donnée, il prescrit le drainage en cas de constatation du Streptocoque ou du Staphylocoque. Par contre, le Gonocoque ne comporte pas le drainage, attendu que cet organisme ne cause que de la péritonite localisée et jamais de septicémie généralisée. Dans ma propre clinique, on n'emploie guère plus le drainage et celui-ci n'obéit pas aux indications fournies par la nature des Organismes constatés au cours de l'opération.

En raison du voisinage du vagin qui fournit aux Microorganismes un réceptacle ouvert, et de la brièveté de l'urèthre, la vessie de la Femme offre, plus que celle de l'Homme, une voie ouverte à l'infection. Celle-ci est due ordinairement à l'introduction des Bactéries par un instrument non stérilisé ou contaminé, au moment de son passage à l'orifice vaginal. Les Micro-organismes peuvent cheminer de la vessie vers les uretères et les reins ou atteindre les reins et d'autres organes par la voie vasculaire, sans toucher les uretères. Dans cette dernière hypothèse, la plus légère lésion des parois vésicales facilite le processus. Il n'est pas toujours facile d'interpréter pourquoi dans certains cas, l'infection reste locale et, dans d'autres, se généralise. Les Bactéries attaquent directement les parois de la vessie ou bien provoquent d'abord la fermentation ammoniacale de l'urine.

D'après N. Hallé, les Organismes le plus souvent rencontrés là sont le *Colibacille*, *l'Urobacille septique liquéfiant*, *le Bacille tuberculeux* et certains autres Bacilles ou Cocci. On trouve aussi, mais plus rarement, les Bacilles du pus. Le Colibacille attaque directement les parois de la vessie, sans provoquer la fermentation de l'urine. Le Coli-bacille, les Cocci de pus et l'Urobacille ont moins d'aptitude à envahir les uretères qu'à former, par la voie vasculaire, des foyers emboliques dans les reins et les autres organes.

Bactéries pathogènes rencontrées dans la pratique gynécologique.

Gonorrée. — D'après Wertheim, la gonorrée est la cause de suppuration la plus fréquente en gynécologie. Elle reconnaît pour cause un Organisme spécifique et, par suite, résulte du contact, direct ou indirect, avec l'écoulement gonorréique. Selon Cahen-Brach, le mode indirect de contagion est plus fréquent chez les enfants que chez les grandes personnes. Chez l'enfant, l'infection atteint d'abord la vulve, d'où elle gagne l'urèthre et le vagin, mais rarement le col ou le corps de l'utérus et les trompes. Les métastases sont également rares chez l'enfant. Si l'on en croit J. Veit, la première atteinte de blennorragie, chez la Femme, disparaît spontanément et ce n'est que rarement qu'elle gagne les trompes, un peu avant ou un peu après l'accouchement. Durant la puerpéralité, la gonorrée peut causer une forme spéciale de péritonite caractérisée par un début soudain, les derniers jours de la grossesse. Les crises répétées seules peuvent être considérées comme dangereuses.

Kapytowsky a trouvé, dans 10 % des cas, le Gonocoque dans les sécrétions vaginales de prostituées sorties de l'hôpital comme guéries de la blennorragie. En outre, 7 % des prostituées, admises pour d'autres causes, présentent des Gonocoques et il en a trouvé dans la proportion de 8 % chez d'autres considérées comme saines. Klein a montré que dans la gonorrée chronique, l'accoutumance peut se faire chez un individu; mais ces Microorganismes, transplantés sur un autre sujet, peuvent acquérir une virulence telle qu'ils peuvent causer la réinfection sur leur milieu d'origine c'est-à-dire chez le premier sujet. D'ailleurs l'immunité, après guérison, n'existe pas.

Le Micrococque de la blennorragie ou *Gonocoque* a été découvert par Neisser dans le pus blennorragique et a été cultivé ultérieurement par Bumm, sur des milieux artificiels et les cultures en ont été inoculées avec succès à l'Homme. Le Gonocoque se trouve dans l'écoulement blennorragique, inclus dans les globules du pus, ce qui en constitue la caractéristique, mais on en trouve encore, en grand nombre, de libres entre les cellules. Il n'est pas rare de trouver des amas de Cocci du volume et de la forme d'un globule de pus, amas dû évidemment à la destruction du globule sous la poussée des Cocci en voie de multiplication. Ils se montrent par groupes de 2 ou de 4, et leurs faces opposées sont aplaties ou légèrement concaves.

Le Gonocoque est facilement coloré par les couleurs d'aniline, mais il ne garde pas sa coloration par la méthode de Gramm. Dans les préparations colorées, les espaces intercocciens restent clairs. Sa morphologie et son aptitude à la coloration ne suffisent pas à distinguer le Gonocoque des Microorganismes similaires, mais son groupement particulier dans les cellules est carastéristique; il ne multiplie pas dans les milieux de culture usuellement employés pour les autres bactéries. Il a été cultivé d'abord dans le sérum de sang humain où il multiplie en traînée à peine visible à l'œil nu. La surface en est unie et brillante, de couleur gris-jaunâtre à la lumière réfléchie. La multiplication est toujours faible, cesse au bout de deux ou trois jours et s'arrête souvent sans cause apparente. Wertheim a réalisé un grand progrès dans l'étude du Gonocoque en découvrant qu'il se cultive bien mieux lorsque le sérum est additionné d'agar. Le sérum de sang humain est le plus favorable, bien que le sérum de sang animal donne aussi des cultures. On mélange le pus blennorragique avec le sérum non coagulé et on y ajoute 1 ou 2 parties d'agar liquide à 40 ou 45° ; on laisse ensuite solidifier le mélange dans le tube maintenu incliné. La multiplication est particulièrement active en l'absence d'oxygène, comme dans la méthode de Büchner (acide pyrogallique et potasse). Les colonies superficielles ont un centre compact avec une zone de projections délicates, transparentes, finement granuleuses, comme des presqu'îles sur une carte géographique.

Celles qui sont plus profondes sont d'aspect solide, dense, avec un contour régulier et tranchant. Wertheim, à l'encontre des autres expérimentateurs, a réussi à obtenir une culture sur agar et sur glycérine et agar : il a obtenu aussi la multiplication du Gonocoque et provoqué l'inflammation dans le péritoine d'Animaux : la Souris blanche se prête spécialement à cette expérience. Le processus reste toujours local sans produire de péritonite généralisée : c'est exactement, en d'autres termes, ce qui se produit dans le péritoine humain.

La méthode de Wertheim est une des plus usuelles ; mais d'autres milieux de culture ont été préconisés. Abel recommande d'enduire de sérum sanguin la surface d'un tube oblique chargé d'agar, comme le fait Pfeiffer pour cultiver le Bacille de l'influenza. Ghon et Schlagenhaufer ont obtenu des résultats de cette manière et par un mélange d'une partie d'urine avec 2 parties d'agar. Le sérum sanguin et l'urine dans la proportion de 2 à 1 parties, l'urine en diverses proportions avec l'agar ont été également employés. Simon Plexner a aussi cultivé le Gonocoque dans un milieu préparé avec des embryons de Porc. Le milieu le plus favorable semble celui qui a été récemment recommandé par Young et Haguer : Recueillir de l'urine contenant 0.5 0/0 d'albumine ou davantage et la laisser se décomposer : la bouillir jusqu'à copieux précipité albumineux puis la filtrer : la bouillir de nouveau, y ajouter 1,8 % d'agar, 0,3 % d'extrait de bœuf, 0,5 % de chlorure de sodium et 1 % de peptone, la rendre neutre ou légèrement acide et après l'avoir chauffée à 60°, la clarifier avec un ou deux œufs.

En résumé, procéder comme pour préparer de l'agar en substituant simplement à l'eau l'urine albumineuse bouillie et filtrée. Quand le milieu est ainsi préparé, il est clair, neutre ou légèrement alcalin et peut être traité comme l'agar ordinaire. Sur ce milieu albumine-urine-agar, le Gonocoque apparaît au bout de 36 à 48 h. sous forme de petites colonies arrondies, élevées, blanc-grisâtres et demi-translucides. La vertu de ce milieu de culture réside sans doute dans la présence de l'albumine qui ne se coagule pas à la chaleur.

Syphilis. — On n'a pu démontrer encore que la syphilis fût produite par un Micro-organisme et le Bacille décrit par Lustgarten n'en est probablement pas l'agent. La maladie est spé-

cifique et contagieuse, elle se communique comme la blennorragie, par un coït impur, ou par le contact d'objets souillés du virus d'un syphilitique. En raison de l'obscurité de son étiologie, son étude ne peut entrer encore dans le domaine de la bactériologie.

Tuberculose. — La tuberculose primitive des reins, si l'on en croit William Osher, n'est pas rare ; mais elle est plus fréquente chez l'Homme que chez la Femme et c'est le sang qui est le véhicule de l'infection. Les deux reins peuvent être atteints, mais, plus ordinairement, un seul et on peut trouver des Bacilles dans l'urine. La tuberculose primitive des trompes est assez commune ; celle de l'utérus rare. La révélation du Bacille tuberculeux est généralement facile : il faut savoir cependant que le Bacille du smegma, hôte habituel du prépuce, peut être une cause d'erreur en raison de ses nombreuses analogies avec le Bacille tuberculeux.

La source d'infection la plus probable réside dans les poussières contaminées par les crachats de tuberculeux.

La porte d'entrée dans l'appareil génito-urinaire n'est pas toujours facile à démontrer. Le Micro-organisme qui est la cause, et la seule cause de la maladie, est le même que celui qui occasionne la tuberculose pulmonaire, le lupus, la scrofule et les autres processus tuberculeux.

Le Bacille tuberculeux est un mince bâtonnet, à extrémités arrondies : il mesure de 1/6 à 1/2 diamètre de globule sanguin. Dans les préparations colorées, il peut arriver que des segments des bâtonnets échappent à la coloration : ils paraissent alors avoir été brisés : ces pseudo-fragments prennent parfois un aspect plus ou moins sphérique qui pourrait les faire confondre avec des Streptocoques, n'étaient leurs propriétés spéciales de coloration. Quelquefois les parties non colorées des bâtonnets sont plus ou moins sphériques et ressemblent à des spores endogènes. Il est probable cependant que le Bacille tuberculeux ne forme pas de spores.

Le caractère qui distingue ce Micro-organisme de tous les autres est son aptitude particulière à la coloration. Les Bactéries, en général, sont facilement colorées par les solutions aqueuses de couleurs d'aniline et sont décolorées complètement, en quelques secondes ou quelques minutes, par un acide minéral dilué. De nombreuses méthodes ont été mises en œuvre pour obtenir la coloration différentielle du bacille tuberculeux. En voici 3 principales :

Méthode de Koch-Ehrlich. — Le mélange colorant est une solution aqueuse saturée d'huile d'aniline à laquelle on ajoute assez de solution alcoolique saturée de fuchsine, de violet de gentiane ou de violet de méthyle pour lui donner une coloration intense.

La solution d'*Ehrlich-Weigert* est, au fond, la même que la précédente : elle s'obtient en mélangeant 11 centimètres cubes de solution alcoolique saturée de matière colorante (fuchsine, etc.), 10 centimètres cubes d'alcool absolu et 100 centimètres cubes de solution aqueuse saturée d'huile d'aniline. Celle-ci se prépare en agitant fortement 6 ou 7 centimètres cubes d'huile d'aniline dans 100 centimètres cubes d'eau, et en filtrant. Le titre de la solution est d'environ 5 %. L'une ou l'autre de ces solutions colorantes doit être laissée en contact avec la matière à examiner pendant 24 heures, à froid, ou de 15 à 20 minutes si on chauffe. On étend le tissu ou le liquide à examiner sur une lamelle, on laisse sécher à l'air et on fixe sur la lame en passant la préparation sur une flamme de Bunsen. Les coupes de tissus sont simplement plongées dans la solution pendant 15 à 20' à chaud, ou 24 heures à froid. La décoloration est obtenue par immersion dans une solution d'acide nitrique à 33 % ou, plus lentement, dans 3 à 5 % d'acide chlorhydrique dans l'alcool. Quel que soit le liquide choisi, on y laisse la préparation jusqu'à ce que, à l'œil nu, elle soit tout à fait, ou à peu près, décolorée, le microscope devant révéler la persistance des seuls Bacilles, s'il y en a. Quelques noyaux des tissus peuvent retenir une certaine quantité de matière colorante, mais nulle autre Bactérie, sauf le Bacille de la lèpre, qui reste teinté par cette méthode.

La méthode de *Ziehl-Nielsen* consiste à se servir d'une solution de 1 gramme de fuchsine en poudre dans 100 centimètres cubes d'une solution au 1/20 d'acide phénique. Cette préparation colore le Bacille tuberculeux en quelques minutes. La décoloration s'obtient par les moyens précédents ou, d'après la méthode de *Gabbett*, avec 25 % d'acide sulfurique contenant 2 % de bleu de méthylène en poudre : par ce moyen, non seulement la fuchsine disparaît du fond de la préparation, mais celui-ci est teintée en bleu. Les Bacilles de la lèpre et du smegma se colorent, par cette méthode, à l'égal du Bacille tuberculeux.

Selon Grethe, la meilleure méthode de différenciation entre le bacille tuberculeux et le Bacille du smegma est celui de Weichselbaum, qui consiste à colorer la préparation avec la solution fuchsine-acide phénique et à contre-colorer avec une solution alcoolique concentrée de bleu de méthylène. Le Bacille tuberculeux reste coloré, mais le Bacille du smegma se décolore.

Le Bacille tuberculeux est caractéristique, non seulement par sa réaction aux substances colorantes, mais encore par les conditions particulières qu'il exige pour sa culture en milieux artificiels.

Il ne se multiplie pas sur la plupart des milieux usuels et exige une température de 35° à 39° C. ; la plus favorable est 39°, d'après Roux et Nocard.

Parmi les nombreux milieux préconisés, les plus employés sont le sérum sanguin de bœuf coagulé dans des tubes obliques et stérilisés, la pomme de terre bouillie en tubes à essai, et la glycérine-agar de Roux-Nocard (agar ordinaire additionné de 6 ou 7 % de glycérine). Le Bacille tuberculeux cultive lentement et ne devient apparent à l'œil nu qu'au bout de 4 à 6 semaines.

Suppuration.

Bien que des Micro-organismes nombreux et divers aient été constatés dans le pus, il est d'usage de restreindre le terme de *Micro-organismes du pus* au Streptocoque pyogène et aux trois variétés de Staphylocoque pyogène doré, blanc et citrin. Le Gonocoque est un Organisme pyogène, de même que le Bacille typhique et le Coli-bacille et d'autres, qu'on a reconnus ; mais les germes les plus usuellement rencontrés sont les Cocci du pus énumérés plus haut.

Le *Streptocoque pyogène* ressemble étroitement, s'il n'est pas identique, au microbe de l'érysipèle. Il provoque la suppuration dans toutes les parties de l'appareil génital et il a une grande aptitude à se généraliser sous forme de péritonite ou de septicémie générale. La plupart des cas de septicémie puerpérale le reconnaissent comme facteur. Il entre dans les infections mixtes et complique la tuberculose ; sa virulence est variable.

Individuellement, les Streptocoques sont de dimensions supérieures aux Staphylocoques et sont ordinairement formés de 2 hémisphères symétriques. Souvent quelques cellules sont beaucoup plus considérables et se colorent plus profondément que les autres : on suppose que ce sont des arthrospores. Une particularité caractéristique de ces cellules, c'est qu'elles se réunissent en chaînettes plus ou moins longues. Elles se colorent facilement avec les solutions aqueuses colorantes ordinaires. Elles cultivent sous formes de petites colonies espacées, blanches, dans les milieux solides ordinaires, mais avec plus d'activité dans les milieux alcalins, bien qu'elles conservent mieux leur virulence quand elles sont progressivement acclimatées à un milieu acide. Dans les milieux liquides, les chaînes sont ordinairement plus longues que dans les milieux solides. Dans tous les cas, la végétation est délicate.

Les *Staphylocoques* se trouvent dans divers processus pathogéniques, soit isolés, soit associés au Streptocoque. Ils ont une tendance à rester localisés, cependant le *Staphylocoque pyogène doré* peut produire des lésions extensives ou même la septicémie généralisée. Le *Staphylocoque doré* est le plus virulent des trois et *le blanc* s'en rapproche, bien que varie la virulence des trois variétés. Ils ont entre eux une étroite ressemblance, aussi bien sous le microscope qu'à l'œil nu, dans les cultures ; ils ne se distinguent que par leur couleur en cultures, d'où les noms respectifs de *citrin* et *doré*. Avant le développement de leur coloration pendant un jour ou davantage, il est impossible de les distinguer. La multiplication, dans tous les milieux de culture, est plus active que celle du Streptocoque et forme des amas denses. Les cellules sont sphériques et s'agminent

ensemble en masses irrégulières, bien que, parfois, elles tendent à former de courtes chaînettes.

Bacille aérogène encapsulé. — Un autre Organisme qui, bien que non pyogène, est une cause assez fréquente de mort, c'est le Bacille aérogène encapsulé décrit en premier lieu par Welchel Nuttal en 1892 (*Johns Hopkins Hospit. bulletin* 1892, juillet-août, p. 81) ; ce Bacille a été trouvé, à l'autopsie, dans les vaisseaux sanguins de l'utérus, chez des Femmes mortes de septicémie, après l'accouchement, surtout après l'avortement, et dans des cas de gangrène emphysémateuse. C'est un Bacille large épais, à extrémités arrondies de 3 à 6 μ de longueur et 3 fois plus long que large. Il se multiplie d'ordinaire isolément mais, peut se grouper par 2 ou 3 individus, sans tendance à se réunir en chaînes, comme dans l'anthrax. Sa caractéristique est une capsule distincte. Non mobile, il ne développe des spores que dans le sérum sanguin et il est strictement anaérobie. Il se colore bien avec toutes les préparations d'aniline et surtout avec le liquide de Gramm. Les capsules sont parfois visibles avec les méthodes ordinaires de coloration, mais elles sont rendues bien plus distinctes par la solution acide de violet de gentiane qu'emploie Welch. C'est rigoureusement un anaérobie, ne cultivant qu'à l'abri de l'oxygène, surtout à la température de 35° à 37°, mais aussi à la température ordinaire de la chambre.

Sur agar, il apparaît au bout de 24 heures sous forme de végétation pâle, molle, blanchâtre; parfois se développent quelques bulles gazeuses dans la substance de l'agar. Dans les tubes d'agar additionné de 1 % de glucose ou de lactose, liquéfié après chauffage à 40°, il y a, au bout de 24 heures active multiplication sous forme de belles colonies blanches, et le milieu est crevassé par une abondante formation de gaz. Les bouillons de culture se troublent au bout de 24 heures et quelques bulles gazeuses paraissent à la surface ; mais, après 48 heures, le liquide se clarifie et la végétation gagne le fond : si on ajoute du sucre au bouillon, la production de gaz est beaucoup plus marquée.

Le lait se coagule et s'acidifie en 24 heures. Dans la gélatine au bout de 5 à 6 jours, il y a ramollissement le long de la ligne d'ensemencement et la végétation gagne le fond, mais sans qu'il y ait liquéfaction générale du milieu. Sur la pomme de terre, il se forme après 48 heures de faibles colonies blanches. Le sérum sanguin n'est pas liquéfié, mais on trouve des spores après 24 heures.

Inoculé sous la peau, il est pathogène pour les Souris, les Cobayes, les Lapins, les Pigeons; l'Animal meurt en 24 ou 48 heures avec une énorme production de gaz au point d'inoculation. Injecté dans la circulation, il est rarement fatal ; si toutefois l'Animal est sacrifié peu de temps après l'injection et abandonné dans un endroit chaud pendant 10 à 12 heures, il se produit dans les tissus un énorme développement de gaz qui prennent feu au contact d'une flamme.

En 1897, B.-B. Lanier a décrit un Bacille gazogène très semblable à celui-ci dans toutes ses particularités, sauf qu'il multiplie en présence de l'oxygène : on le rencontre dans les mêmes catégories de cas. Il a donné à ce nouvel organisme le nom de *bacille aérogène encapsulé II.*

Ce chapitre est extrait du 1er volume de GYNÉCOLOGIE OPÉRATOIRE (1) que H. Kelly vient de publier.

L'illustre professeur de gynécologie et d'obstétrique de l'Université et de l'hôpital de John Hopkins donne, dans ce traité très personnel, l'expression de sa haute compétence et de sa longue expérience. Comme il le proclame lui-même, ce n'est pas un monument didactique et bibliographique qu'il se propose d'ériger ; il veut, simplement dit-il, offrir à ses amis un sommaire exposé de sa pratique personnelle : or celle-ci est riche en faits et en conceptions originales et on trouve autant de profit que d'intérêt à la lecture de cette remarquable publication.

Ce 1er volume est consacré aux généralités et à la chirurgie des organes génitaux externes, de l'utérus et des uretères et comporte 19 chapitres. Huit sont consacrés à l'asepsie et l'antisepsie, en ville et à l'hôpital, à la bactériologie, à l'anatomie topographique, aux instruments et pansements gynécologiques, à l'anesthésie et aux principes généraux relatifs aux opérations plastiques.

(1) *Operative Gynecology*, par Howard. A. Kelly : New-York, Appleton and Ce, 1898.

L'auteur étudie ensuite les maladies de l'appareil génital externe, les déchirures et relâchements des parois vaginales, les opérations vaginales, les affections de l'urèthre, de la vessie et des uretères, les opérations cervicales et intra-utérines, le prolapsus, l'inversion, l'hystérectomie vaginale, l'extirpation des polypes et des fibromes sous-muqueux.

De longues pages sont consacrées à une question familière et chère à l'auteur, celle de la pathologie et du traitement de la vessie et des uretères. Le cathétérisme des uretères, le lavage des reins, toute la pathologie chirurgicale de ces organes, peu familiers encore à la plupart des gynécologues sont présentés ici de la façon la plus lumineuse et la plus instructive.

L'ouvrage entier doit comporter plus de 550 figures et 24 planches en couleurs. Le 1er volume est éclairé de 315 illustrations et 10 planches d'une irréprochable exécution. Nous faisons des vœux pour que l'auteur ne tarde pas à compléter son œuvre.

S. B.

REVUE FRANÇAISE

A. Ricard.— TRAITEMENT DES FIBROMES UTÉRINS. (*Gazette des Hôpitaux*, 1898.) (*Suite*) (1).

Nous avouons n'avoir jamais constaté ce retrait et cette diminutions persistante et réelle qu'on signale dans la masse même du fibrome. Il ne faut pas oublier, en effet, que certains fibromes sont très riches en fibres musculaires, enchâssés dans un tissu utérin à circulation exagérée, et qu'ils sont susceptibles de changements rapides de volume et de consistance. Tantôt on les trouve volumineux et mous presque fluctuants. Quelques jours après ils sont durs rétractés et diminués d'un tiers. Dans d'autres cas, il se fait autour d'eux des poussées de péritonite adhésive, accompagnées de fluxions séreuses sous-péritonéales qui s'atténuent et disparaissent après quelques jours de repos avec ou sans injections vaginales chaudes. Aussi les chirurgiens, qui ont maintes fois observé ces faits se montrent-ils sceptiques quand on leur parle de l'action atrophiante de l'électricité. N'importe quel médicament donné à cette période des fibromes, s'accompagnerait des mêmes résultats, et on risquerait de lui en attribuer faussement le mérite.

Il ne faut pas, néanmoins, par trop diminuer la valeur de l'électrolyse appliquée à la cure des fibromes. C'est, de tous les traitements palliatifs, celui qui donne les résultats les meilleurs et les plus durables. Malheureusement, il n'est pas rare de voir des fibromes, améliorés par le traitement électrique, présenter de nouvelles complications et réclamer ultérieurement le traitement chirurgical.

L'électricité a son maximum d'action dans les fibromes interstitiels, très riches en fibres musculaires, son action est nulle dans les fibromes sous-péritonéaux. Elle peut être dangereuse dans les fibromes kystiques, dans les fibromes enflammés ou compliqués de lésions salpingiennes.

Pour être innocent, le traitement électrique demande à être appliqué prudemment, aseptiquement, en suivant les règles tracées et lorsque le médecin est en possession de son diagnostic ferme de fibrome pur.

La fréquence des complications inflammatoires, du côté des annexes, la multiplicité ordinaire des fibromes, leur siège souvent extra-péritonéal, la dégénérescence kystique des tumeurs. leur pédiculisation, l'existence de phénomènes infectieux, sont autant de conditions qui restreignent les indications du traitement électrique.

Ainsi donc, bien souvent, le traitement médical reste inefficace sur l'évolution des fibromes, il faut l'avouer et le reconnaître ; c'est un traitement d'attente, c'est un traitement palliatif, qui donne des résultats symptomatiques, mais il n'en est aucun qui guérisse le fibrome lui-même ; il peut lui permettre d'évoluer silencieusement ; il peut, dans quelques cas contribuer à arrêter sa marche ; il peut favoriser sa tendance naturelle à la régression. En diminuant l'intensité des symptômes il permet, dans certains cas, d'atteindre l'âge de la ménopause.

Si, d'une façon générale, on prescrit à une Femme atteinte de fibrome un repos relatif, des injections chaudes, le port d'une ceinture ; si on lui recommande d'éviter la constipation, de faire usage d'opium, d'antipyrine ou d'ergotine, c'est là un traitement aussi banal qu'anodin et inefficace, et nul n'osera prétendre qu'il a pu ainsi arrêter un fibrome dans sa marche.

Le traitement médical étant essentiellement symptomatique, étu-

(1) Voir le numéro du 16 août 1898.



dions quels sont les symptômes contre lesquels peut lutter la médication interne. Les fibromes peuvent se compliquer de différentes façons : tantôt ils s'accompagnent de métrorragies, de douleur, ou déterminent des phénomènes de compression. Dans d'autres cas, des plus fréquents, ils s'accompagnent de phénomènes infectieux, graves : salpingo-ovarites, phlébites et leurs suites, péritonites. Parfois ils se tordent sur leur pédicule et déterminent des accidents graves. Nous ne pouvons, dans une Revue sur le traitement des fibromes, analyser toutes les modalités symptomatiques. Cependant, il est permis de ranger sous quatre chefs les complications des fibromes : les hémorragies, les douleurs, les phénomènes de compression, les phénomènes infectieux, quels qu'ils soient.

a. *Hémorragies.* — Quand ce sont des hémorragies peu abondantes, on peut se contenter de recourir au décubitus dorsal, aux injections vaginales chaudes, aux lavements avec 2 ou 3 grammes d'antipyrine, et pratiquer, après lavage, un tamponnement soigné du vagin et même de la cavité utérine ; mais si les hémorragies sont abondantes et persistantes, si elles se répètent fréquemment, si le traitement simple que nous venons de mentionner ne suffit pas, il est absolument illogique de s'attarder et d'exposer la malade aux conséquences fatales des hémorragies graves, il est de toute nécessité d'agir.

Dans ces cas, si le médecin est outillé et s'il en possède la technique, il pourra recourir au traitement électrique. Sinon, se rappelant qu'en réalité ces hémorragies sont dues à une véritable métrite, sachant que c'est la muqueuse utérine qui saigne et non pas le fibrome, il s'adressera directement à cette muqueuse infectée et agira sur elle.

Il peut agir soit par des injections intra-utérines modificatrices, soit par le curettage. On a préconisé, comme injections intra-utérines, l'instillation de quelques gouttes d'une solution à parties égales de chlorure de zinc.

Le curettage contre les hémorragies du fibrome a été bien étudié par les docteurs Batuaud (1) et Desmolières (2) dans leurs thèses. L'instillation de quelques gouttes d'une solution de chlorure de zinc, peut obtenir le même résultat que le curettage et amener la disparition des hémorragies. C'est la pratique que conseillait Nicaise. Elle consiste à introduire l'extrémité d'une seringue de Braum, bien stérilisée, jusque dans le fond de la cavité utérine, et à injecter, comme dans la technique des instillations uréthrales, quelques gouttes de la solution chlorurée. Cette cautérisation se fait facilement, sans anesthésie, peut se renouveler, s'il en est besoin. A ce titre elle est peut-être préférable au curettage. Cependant, celui-ci est plus certainement efficace, et c'est à lui qu'il faudrait avoir recours rapidement, si l'instillation avait été insuffisante et si les hémorragies continuaient.

Le traitement électrique doit être mis sur le même plan.

Par ces procédés, on amène la disparition de la couche vasculaire de la muqueuse, siège de l'hémorragie et, par suite, la cessation de cette dernière. Malheureusement, on n'obtient ainsi qu'un résultat provisoire, on ne doit s'attendre qu'à des trêves plus ou moins prolongées, et non à un résultat définitif.

Nous ne voulons parler que pour mémoire de ces pseudo-interventions destinées à combattre la contracture utérine, et à diminuer ainsi la compression exercée sur le fibrome. Le débridement du canal cervical recommandé par Baker-Brownet, en France, par Nélaton, doit être considéré comme bien inférieur au curettage et à l'injection intra-utérine de chlorure de zinc.

La simple dilatation du col, préconisée par Kaltenbach (1), a au moins le mérite d'une plus grande bénignité.

Ces différents procédés sont utiles à connaître pour le chirurgien, ils lui permettent d'arrêter des pertes sanguines chez des malades épuisées et incapables de supporter le choc d'une opération dont on a trop retardé l'exécution. Ce sont encore là des moyens d'attente. Chez ces malades anémiées, les injections souscutanées de sérum artificiel hâtent la convalescence et contribuent au rétablissement plus rapide des forces.

b. *Douleurs.* — Contre les douleurs, le traitement médical consiste surtout dans l'usage classique des opiacés, du bromure, de l'antipyrine. On y ajoute aussi l'hydrastis canadensis et le viburnum, médicaments plus spéciaux, dit-on, mais d'une efficacite douteuse.

Contre ces fibromes douloureux, il faut conseiller le repos au lit, les injections vaginales chaudes et prolongées, les irrigations rectales de même nature, les lavements laudanisés ; les suppositoires morphinés, belladonés, ou contenant 1 à 2 grammes d'antipyrine. Lorsque les douleurs revêtent la forme de crises, les lavements à l'antipyrine (2 à 3 grammes), les lavements de chloral, les injections de morphine constituent de précieux analgésiques. Le traitement électrique est le plus souvent inefficace.

C'est pour ces fibromes à poussées douloureuses et complexes que les eaux chlorurées sodiques fortes sont indiquées. Salins, Salies-de-Béarn, les thermes de Biarritz ont donné, dans ces formes, des résultats inespérés.

Dans l'intervalle de la cure thermale ou pour la remplacer, on fera prendre des séries de 20 à 30 bains salés (5 kilos de gros sel), avec de 3 à 4 bouteilles d'eaux-mères de Salins ou de Salies, suivant qu'on cherchera ou non un effet sédatif. Sur le bas-ventre, on appliquera des compresses d'eaux-mères.

Ce traitement thermal agit non seulement sur le fibrome, mais c'est un excellent reconstituant de l'état général.

Il ne faut pas, toutefois, persister trop longtemps dans la cure médicale des fibromes douloureux, si celle-ci est inefficace. Le médecin doit se rappeler que sa thérapeutique purement symptomatique ne fait que remédier à la douleur au jour le jour, sans s'inquiéter du lendemain, et que le fibrome reste, continuant à évoluer et à compromettre l'avenir. L'acte opératoire auquel il faudra aboutir aura d'autant plus de chance d'être bénin qu'on n'aura pas livré au chirurgien une malade épuisée par des douleurs incessantes, déprimée et intoxiquée par l'usage constant des hypnotiques.

La douleur, qui doit être, dès son apparition, traitée médicalement, devient donc rapidement une indication de l'acte chirurgical.

c. *Phénomènes de compression.* — Le repos au lit, l'usage de laxatif, les irrigations rectales et vaginales chaudes, en décongestionnant la masse fibromateuse peuvent, en quelque proportion, s'opposer aux compressions légères exercées par la tumeur. Mais, le simple bon sens fait reconnaître combien la thérapeutique doit être inefficace dans ce genre de phénomènes.

Cependant, dans certains cas de fibromes enclavés, prolabés en avant ou en arrière avec l'utérus dévié, on agit par des attitudes spéciales données à la malade : décubitus abdominal le siège élevé, dans le cas de fibrome tombé dans le Douglas ; décubitus dorsal le siège élevé, dans le cas de fibrome tombé en avant. On a pu déloger ce fibrome de l'enceinte pelvienne et le faire remonter au-dessus du détroit supérieur, dans la grande cavité abdominale où aucune ceinture osseuse ne s'oppose à son développement.

Ce soulèvement du fibrome, ce dégagement de la tumeur peut s'obtenir par le palper bi-manuel, avec ou sans chloroforme, et remédier à une compression rectale ou une rétention d'urine passagère. Il ne faut pas s'illusionner, toutefois, une telle réduction est rare, les fibromes à phénomènes compressifs ne sont que très rarement influencés par le traitement médical qui reste sans action. Pour être dans la vérité, l'on doit dire que toutes les fois que le fibrome s'accompagne de phénomènes de compression abdominale, soit du côté de la vessie, du rectum, des uretères, soit du côté de l'intestin, des grosses veines ou du plexus nerveux, il y a une indication opératoire précoce.

(*A suivre.*)

J. Courmont. — ESSAI, CONTRE ONZE STREPTOCOQUES PYOGÈNES, D'UN SÉRUM ANTISTREPTOCOCCIQUE OBTENU AVEC DEUX STREPTOCOQUES D'ÉRYSIPÈLE. (Comptes rendus Biologie, n° 23, 1898.)

M. Courmont a montré que le sérum de Marmoreck immunise le Lapin contre le Streptocoque de Marmoreck, mais n'immunise pas ou même favorise le Lapin inoculé avec du Streptocoque d'érysipèle.

L'auteur établit en outre que l'espèce Streptocoque pyogène n'est pas assez hautement différenciée pour qu'on puisse facilement obtenir un sérum immunisant contre tous les échantillons de ce Microbe.

Il ne faut pas oublier, en effet, que le Streptocoque, isolé d'une angine par Marmoreck et utilisé par lui, s'éloigne beaucoup, par ses effets sur le Lapin, du Streptocoque de l'érysipèle de l'Homme.

Tout ouvrage dont il sera envoyé deux exemplaires sera annoncé et analysé s'il y a lieu.

R. PICHEVIN, *Directeur-Gérant.*

(1) BATUAUD. *Les hémorragies dans le cas de tumeurs fibreuses de l'utérus, l'endométrite cause de ces hémorragies et leur traitement par le curettage*, Th. de Paris, 1891.
(2) Mlle DESMOLIÈRES. *Contribution à l'étude des fibromes utérins ; hémorragies utérines ; indications du curettage.* Th. de Paris, 1890.
(3) KALTENBACH. *Centralbl. f. Gyn.*, 1888, n° 43, p. 718.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE DAIX FRÈRES.
Maison spéciale pour Journaux et Revues.

SOMMAIRE

QUELQUES DÉTAILS HISTORIQUES(1)

à propos de l'hystérectomie abdominale totale (*Suite*). Méthodes opératoires.

Par R. PICHEVIN et S. BONNET.

I. — MÉTHODE VAGINO-ABDOMINALE.

Procédé de Bardenheuer (2). — *A. Manœuvres vaginales*. Incision autour du col utérin, remontant plus haut en arrière qu'en avant. Eponge dans le vagin pendant qu'on procède à la : *B. Manœuvre abdominale*. 1° Très longue incision de la paroi abdominale, suture du peritoine pariétal à la paroi abdominale et extériorisation de la tumeur. 2° Hémostase de la partie supérieure des ligaments larges avec des catguts placés le plus bas possible et formant 2 ou 3 faisceaux. 3° Décollement de la vessie et du rectum. Une incision part du bord supérieur du ligament large d'un côté, en dedans des ligatures, descend sur la face antérieure de l'utérus se dirige transversalement au niveau du cul-de-sac vésico-utérin et remonte obliquement sur le bord supérieur du ligament large du côté opposé. On décolle le péritoine, on refoule en avant la vessie qu'on décolle progressivement ; on parvient ainsi à l'incision vaginale. On agrandit l'ouverture avec les doigts. Une nouvelle incision part du bord supérieur du ligament large, au point où la première incision s'était arrêtée, descend obliquement en arrière de la tumeur, devient transversale au niveau du cul-de-sac de Douglas, et remonte obliquement pour aller à la rencontre de la première incision, à la partie supérieure du ligament large opposé. On décolle le péritoine en arrière et on va, avec les doigts, à la rencontre de la partie postérieure de l'incision vaginale. La tumeur est ainsi séparée de la vessie et du rectum. 4° Section de la partie supérieure des ligaments larges en dedans des ligatures. 5° Hémostase de la partie inférieure des ligaments larges avec des catguts, section en dedans des ligatures, ablation de la tumeur en une seule pièce, toilette péritonéale à l'eau phéniquée à 2 %. 6° Suture péritonéo-vaginale au catgut. 7° Drainage. Un drain en T est introduit par le vagin jusqu'à la partie la plus élevée de l'excavation et plusieurs autres drains sont placés dans le petit bassin : ils sont nettoyés tous les jours, et le tube en T est enlevé du 6e au 10e jour. 8° Suture de la paroi abdominale sur 2 plans, le 1er, péritonéal, au catgut ; le 2e, comprenant le reste de la paroi, aux fils d'argent.

Procédé de Boldt (3). — *A. Manœuvres vaginales*. 1° Incision circulaire du col. 2° Décollement de la vessie, en avant, aussi haut qu'on peut le faire sans grand effort et ouverture du cul-de-sac postérieur. 3° Hémostase de la base des ligaments larges. 4° Tamponnement du vagin avec de la gaze iodoformée. *B. Manœuvres abdominales*. 5° Incision abdominale et hémostase de la partie supérieure des ligaments larges. 6° Décollement de la vessie, distendue par de l'eau boriquée, et du rectum, après incision du péritoine sur la tumeur. 7° Section des ligaments larges en dedans des ligatures abdominales et ablation des annexes. La tumeur est ainsi libérée et enlevée en bloc. 8° Sutures vaginales et, au-dessus, sutures péritonéales. Pas de drainage, ordinairement : il ne l'emploie qu'exceptionnellement et le fait alors à la gaze iodoformée.

Procédé de Rouffart (4). — *A. Manœuvres vaginales*. 1° Incision du vagin et libération du col. Ouverture du cul-de-sac péritonéal antérieur. Dégagement du col en arrière. 2° Hémostase des ligaments larges, aussi haut que possible, à l'aide de pinces, caractéristique différentielle avec les 2 procédés ci-dessus. 3° Section en dedans des pinces. *B. Manœuvres abdominales*. 4° Pincement de la partie supérieure des ligaments larges 5° Dissection du péritoine en avant de la tumeur, séparation de la vessie ; dissection en arrière, séparation du rectum. 6° Section de la partie supérieure des ligaments larges, en dedans des pinces. Les pinces supérieures sont remplacées par des ligatures. 7° Extirpation de la tumeur en bloc.

Procédé de Routier (1). — *A. Manœuvres vaginales*. Incision transversale sur la face postérieure du col, à 2 cm. du bord libre, et désinsertion en ouvrant, si possible, le cul-de-sac péritonéal. Désinsertion antérieure, pratiquée de la même manière. Lavage du vagin au sublimé et éponge montée dans le cul-de-sac postérieur. *B. Manœuvres abdominales*. Libération des annexes et aspiration, s'il y a lieu. Double ligature en dehors des annexes, section et cautérisation du pédicule. Extériorisation primitive, ou, s'il est nécessaire, décortication de la tumeur. Agrandissement des ouvertures des culs-de sac, s'ils ont déjà été ouverts par le vagin, sinon, incision du péritoine et décollement de la vessie et du rectum. Hémostase de chaque ligament large au moyen d'un lien élastique poussé du cul-de-sac postérieur dans l'antérieur, serré et fixé au moyen d'une soie. Suture des ligaments au ras de l'utérus, extirpation de la tumeur ; inversion, dans le vagin, des deux liens élastiques et drainage vaginal au moyen d'une gaze iodoformée.

Ancien procédé de Jacobs (2). — Les manœuvres vaginales sont semblables à celles du procédé de Rouffart, sauf que Jacobs fait l'incision vaginale au thermo-cautère. Les manœuvres abdominales sont à peu près identiques. Jacobs fait l'hémostase de l'étage supérieur avec de longues pinces hémostatiques qui vont à la rencontre des pinces vaginales. Après l'exérèse de la tumeur, on remplace les pinces supérieures ou abdominales par de longues pinces introduites par le vagin. (Jacobs a fait construire des pinces qui peuvent être passées par l'abdomen et enlevées par le vagin.)

Procédé de Chaput (3). — *Manœuvres vaginales*. 1° Incision circulaire du col. 2° Pincement de la base des ligaments larges, après décollement de la vessie et du rectum. 3° Section en dedans des pinces. 4° Ablation de la partie inférieure de la tumeur. *Manœuvres abdominales*, comme dans les procédés de Rouffart et de Jacobs.

Procédé de Moulonguet (4). — A. *Manœuvres vaginales*. 1° Désinsertion du vagin. 2° Décollement de la vessie et du rectum ; ouverture, si elle est facile, des culs-de-sac péritonéaux. 3° Hémostase provisoire de la partie inférieure des ligaments larges, au moyen de pinces à mors longs de 10 centimètres : tamponnement provisoire du vagin. B. *Manœuvres abdominales*. 4° Extériorisation de la tumeur et application d'un lien élastique aussi bas que possible. 5° Résection de la tumeur au-dessus du lien. 6° Ouverture, si elle n'a été faite par le vagin, des culs-de-sac antérieur et postérieur. 7° Hémostase définitive des ligaments larges, au moyen des pinces vaginales qu'on desserre et qu'on remonte de la main droite, pendant que la main gauche a saisi toute la hauteur du ligament. Pour mieux assurer l'hémostase de la partie supérieure, placement, par le vagin, de deux pinces longuettes de précaution. 8° Section des ligaments et extirpation de la tumeur. Ce procédé est analogue à l'ancienne manière d'opérer de Richelot.

II. MÉTHODE ABDOMINO-VAGINALE.

Procédé abdomino-vaginal de Péan (5). — *Premier temps*. Après antisepsie du champ opératoire et incision abdominale,

(1) Voir *Semaine gynécologique*, n° 22, 1898.
(2) BARDENHEUER. *Centralb. f. Gynäc.*, 1891, n° 22.
(3) BOLDT fait aussi l'hystérectomie abdominale totale. Mais quand la chose est possible, il croit préférable de faire d'abord l'incision vaginale (hystérectomie vagino-abdominale). (*Amer. Journ. of Obst.*, juin 1893.)
(4) LE MONIET. *Th. Paris*, 1894, et *Bullet. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Bruxelles*, 9 mai 1891.

(1) ROUTIER. In *Thèse de Diriart*, Paris, 1897.
(2) JACOBS. *XIe Cong. intern. de méd. de Rome*, 1894 et *Nouv. Archiv. d'Obst. et de gynécol.*, 25 oct. 1893.
(3) CHAPUT. *Bull. de la Soc. Obst. et Gyn. de Paris*, 1893.
(4) MOULONGUET. *Ann. de gyn. et d'obst.*, nov. 1895, *Cong. de Chirurg.*, Paris, 1895, et *Arch. prov. de chirurgie*, mai 1898.
(5) LE MONIET. *Hystérectomie abdominale totale et hystérectomie abdomino vaginale pour fibrome de l'utérus*. Thèse doctorat Paris, 1894.
Voir, pour plus de détails, Ramon. *Thèse*, Paris 1894. Péan. *Bulletin de l'Acad. de médecine*, 7 juin 1892, et *Gaz. des Hopitaux*, 1895, n° 91.



la tumeur est attirée au dehors avec le gros trocart courbe à manche de Péan. Si elle est unique, on place à sa base, près du col, un lien élastique, solidement maintenu par une pince. Si elle comprend plusieurs lobes, chacun d'eux est étreint à sa base par un lien élastique, et une autre ligature mise près du col utérin. Ablation de toute la partie de la tumeur située au-dessus du lien.

Le pédicule est transfixé avec un fil métallique monté sur une forte aiguille courbe. L'anse est coupée et chaque moitié est liée avec soin. Les fils sont tordus et cassés à 1 centim. du pédicule. Si un fil double ne suffit pas, on peut en employer un plus grand nombre. Le lien élastique est ensuite retiré.

La surface de section est lavée avec des éponges trempées dans une solution de sublimé au millième. On peut encore rôtir la muqueuse utérine au thermo-cautère.

Puis la paroi abdominale est fermée complètement dans les trois quarts supérieurs ; dans le quart inférieur, les fils ne sont pas liés, de façon à pouvoir ouvrir le ventre sans retard, s'il se produisait une hémorragie pendant le deuxième temps.

Pansement provisoire de la plaie abdominale. *Deuxième temps*. Ablation du pédicule par la voie vaginale. Comme toujours, la malade est placée dans la position de Sims, et le pédicule est enlevé, avec ou sans morcellement, suivant son volume, et d'après la technique partout décrite de l'hystérectomie vaginale, procédé de Péan : les ligaments larges sont pincés de haut en bas, si le pédicule a pu basculer, de bas en haut, s'il a fallu recourir au morcellement.

M. Péan n'a perdu, d'après Le Moniet, qu'une opérée sur 27.

En 1881, M. Bouilly (1) eut recours au même procédé pour un utérus présentant un volumineux fibrome du corps et un cancer du col.

Landau (2) a opéré comme Péan.

En 1892, nous avons enlevé par la voie abdomino-vaginale un énorme fibrome utérin. Les ligaments larges furent liés à la soie à leur partie supérieure et nous nous contentâmes de placer un lien en caoutchouc le plus près possible du col. La tumeur fut enlevée. Le lien fut fixé par deux sutures au pédicule. Nous achevâmes l'opération en enlevant par la voie vaginale le pédicule qui n'était pas considérable. Deux pinces furent placées sur la face des ligaments larges, et le pédicule put être rapidement extrait.

Procédé de Lanphéar (3). On pose des ligatures en dehors des annexes et on met une pince à la partie interne des ligaments larges. On sectionne en dedans de la rangée externe des ligatures.

La tumeur est amenée au dehors. On décolle la vessie et ensuite le rectum. On ouvre le cul-de-sac vaginal antérieur sur un doigt introduit dans le vagin. Le cul-de-sac postérieur est ouvert de la même façon. On place, à la base du ligament large et de chaque côté, une pince à hystérectomie de Polk, qui est introduite par le vagin le plus près possible de l'utérus.

La main abdominale dirige le placement des branches. On coupe en dedans des pinces et la tumeur est enlevée en masse avec les annexes.

Pas de sutures du péritoine, ni de drainage.

Ancien procédé de Martin (4). Cœliotomie. Une ligature élastique est placée le plus près possible du col. On enlève toute la partie de la tumeur située au-dessus du lien constricteur. Au-dessous de la ligature élastique, on place, deux forts fils de soie qui traversent le moignon et qui l'étreignent. Lorsque les fils ont été serrés, on enlève le lien en caoutchouc.

Martin fait alors une incision autour du col. Il pose des ligatures sur la partie inférieure des ligaments larges, et décolle la vessie en avant et le rectum en arrière. Quand l'hémostase est parfaite, il enlève, par la voie vaginale, le moignon de la tumeur.

Nous avons employé ce procédé dans un cas. Nous avons laissé le lien en caoutchouc qui a été fixé au pédicule à l'aide de 3 fils de soie. Avant de faire les manœuvres vaginales, la vessie et le rectum ont été décollés par l'abdomen.

(1) Bouilly. *Cong. fr. de chirurgie*, 1891.
(2) Landau. *Congrès de Rome*, 1894.
(3) Lanphéar : *Med. Record*, 1893, p. 5. *Trad. in Ann. de gynéc. et d'obst.*, 1893, p. 208.
(4) Martin. *Zeitsch. f. Geb. und Gynaek.*, B. XX, 1890.

Ancien procédé de Richelot (1). — Voici, d'après son auteur, la technique de l'opération :

Il faut très peu d'instruments ; le principal est la grande « pince de Richelot » dont nous ne nous servons jamais dans l'hystérectomie vaginale, mais qui offre ici de sérieux avantages. Il est de rigueur de se placer entre les jambes de la malade. La désinfection vaginale doit être absolue.

L'incision abdominale étant faite, l'utérus est attiré hors de la plaie et couché sur l'abdomen. Si le fibrome est développé dans le segment inférieur, ou s'y prolonge et remplit l'excavation, il faut d'abord enlever la tumeur en bloc ou par morcellement. L'utérus, flasque et aminci, laisse toute liberté pour agir sur ses parties latérales.

Taillez un lambeau péritonéal antérieur et refoulez-le dans le petit bassin, pour éloigner la vessie et l'uretère.

L'index et le médius de la main gauche introduits profondément dans le vagin, en avant du col, rasez l'utérus avec les ciseaux à la rencontre de vos doigts et perforez le cul-de-sac antérieur. Mettez l'index, par en haut, dans la perforation et, sur ce conducteur, coupez avec les ciseaux l'insertion du vagin au ras du col, jusqu'à la base d'un ligament large. Rien ne saigne, pas plus que ne saigne l'incision circulaire au début de l'hystérectomie vaginale.

C'est le moment de placer la grande pince, pendant que l'utérus est encore là et vous présente le ligament dans son attitude normale. Cette manière de faire est la plus simple et de beaucoup la plus sûre. Inutile, par conséquent, d'appliquer des pinces abdominales provisoires pour y substituer les vaginales définitives.

Procédez de la manière suivante : embrassez le ligament large avec toute la main gauche, le pouce en avant, les doigts en arrière ; appuyez la pointe mousse des ciseaux dans le point où vous venez d'arrêter la désinsertion vaginale, au-dessous de l'utérine, et perforez le feuillet supérieur du ligament. Puis introduisez de la main droite la pince vaginale, présentez son mors postérieur au susdit orifice, et poussez-la de bas en haut, en dehors de la trompe et de l'ovaire, bien entendu, pendant que votre aide laisse descendre un peu l'utérus et que vous engagez à fond le bord supérieur du ligament large, avant de serrer fortement. Cette application de la pince est d'une facilité extrême, inattendue.

Reprenez, de l'autre côté, la désinsertion du vagin et pincez le second ligament de la même façon.

Coupez rapidement sur les bords de l'utérus, et la masse ne tient plus que par le cul-de-sac postérieur. Tout est fini en deux ou trois coups de ciseaux.

La tumeur enlevée, il faut reprendre, avec des « longuettes de seize », introduites par en bas, les points saignants de la section postérieure. Puis une lanière de gaze iodoformée, introduite par en haut, est pelotonnée dans le fond du vagin, et l'opération est terminée. Avec les pinces des ligaments, l'hémostase complémentaire, l'absence de toute ligature et la brèche du péritoine occupée par la gaze, on a la copie identique d'une hystérectomie vaginale.

Les trois opérations faites par ce procédé ont demandé trois quarts d'heure, trente-cinq minutes et une demi-heure. Il s'agit ici de la durée vraie, totale, y compris la suture de l'abdomen.

Nos trois malades ont guéri ; ce n'est pas une statistique, mais c'est une expérience suffisante, après les tâtonnements antérieurs, pour fixer notre pratique. Tout ce qui était progrès il y a quelques semaines disparaît devant la simplicité de l'hystérectomie avec la pince vaginale d'emblée et la suppression totale du lien élastique, des ligatures variées et de l'occlusion du péritoine.

Modification au procédé définitif d'hystérectomie abdominale totale pour fibromes utérins, par *Tournay* (de Bruxelles). (2).

1er *temps*. — Faire la désinsertion du vagin par une incision circulaire autour du col et refouler le péritoine avec le doigt, aussi haut que possible, surtout en avant.

2e *temps*. — Pratiquer la cœliotomie, attirer la tumeur au

(1) Sur un procédé définitif d'hystérectomie abdominale totale pour fibromes utérins. (*Soc. obst. et gyn. de Paris*, 1895, p. 175.)
(2) *Presse médicale belge*, 23 août 1896.



dehors et, comme le fait Guermonprez, placer de chaque côté du corps utérin, et longeant exactement son bord, une première pince à forcipressure dont l'extrémité aboutirait un peu plus bas que le sommet de la vessie ; placer ensuite de chaque côté une seconde pince, parallèlement à la première, en ne laissant, entre les deux, que l'intervalle suffisant pour le passage des ciseaux ou du bistouri. On évite sûrement ainsi les uretères et on s'oppose à l'écoulement, dans la cavité pelvienne, du sang contenu dans la tumeur ; on voit plus clair. En outre, lorsqu'elle est ainsi libérée de chaque côté, elle devient plus mobile et se soulève facilement. Le chirurgien sectionne alors le péritoine au-dessus de la vessie, sur une ligne transversale, d'un ligament large à l'autre, le décolle, détache la vessie de ses adhérences à l'utérus et tombe ainsi dans le cul-de-sac vaginal antérieur ; il en fait autant en arrière. Dès lors, la tumeur n'est plus retenue que par la partie inférieure des ligaments larges et il devient très facile d'introduire de chaque côté, par le vagin, une pince à forcipressure de façon à embrasser ces ligaments ; il ne reste plus qu'à les sectionner en dedans des pinces. La tumeur est ainsi enlevée en totalité On place ensuite des ligatures sur la partie supérieure des ligaments larges, en dehors des annexes, et on enlève les pinces qui en faisaient l'hémostase. Ces ligatures pourraient être placées avant la section transversale du péritoine ; je préfère cependant les mettre après, les pinces provisoires servant à bien tendre les ligaments larges au moment du placement des pinces définitives.

On lave alors la cavité abdominale, on introduit une lanière de gaze iodoformée entre les pinces et on referme la paroi.

L'opération ainsi faite est simple, rapide et nécessite peu d'instruments.

Ancien procédé de Péan. — Voici comment Péan procédait autrefois : « Après avoir mis à découvert la tumeur par une incision abdominale, nous saisissions de chaque côté, avec nos pinces à mors longs, droits ou courbes, les ligaments larges, que nous rangions entre deux rangées de pinces : puis, après avoir lié et réséqué ces ligaments, nous placions un lien métallique au-dessous de la tumeur aussi près que possible du col. Nous coupions ensuite l'utérus au-dessus du lien. Nous avions soin, au préalable, quand cela était nécessaire, de détacher la vessie et le rectum. Il ne nous restait plus alors qu'à ouvrir les culs-de-sac, antérieur et postérieur du vagin, soit de haut en bas par l'abdomen, soit de bas en haut par la voie vaginale, à enlever le col après avoir placé sur la partie inférieure des ligaments larges d'autres pinces plus petites, dont l'extrémité libre sortait par la vulve : ces dernières suffisaient pour assurer l'hémostase préventive et définitive. »

Cette méthode lui a donné de bons résultats, mais Péan l'abandonna ultérieurement pour adopter l'opération abdomino-vaginale, en 2 temps distincts.

III. — Hysterectomie abdominale totale.

Procédé de Chroback (1). — Deux rangées de ligatures à la soie sont placées en dehors de l'utérus, sur chaque ligament large. On ne prend pas soin de mettre les ligatures en dehors de l'ovaire, qui est laissé en place. On coupe, entre la double rangée de ligatures, la partie supérieure de chaque ligament large.

Le péritoine est sectionné au-dessus du cul-de-sac vésico-utérin. On décolle la vessie et on arrive jusqu'à l'insertion vaginale. On coupe le péritoine sur la face postérieure et on agit de même. A ce moment, on serre la tumeur aussi bas que possible avec un lien en caoutchouc. On coupe la tumeur au-dessus de la ligature élastique. Le pédicule est cautérisé avec soin, recouvert de gaze iodoformée et diminué de volume à l'aide de ligatures.

On ouvre alors le cul-de-sac postérieur sur l'extrémité d'un hystéromètre ou même d'une sonde malléable spéciale, en forme de T, et qu'un aide introduit par le vagin.

Chroback introduit un doigt dans le vagin par l'incision vaginale postérieure pour placer ses ligatures à la base de chaque ligament large. Il coupe en dedans des ligatures et en ayant soin d'empiéter sur le tissu du col. Le cul-de-sac vaginal antérieur est ouvert. Le segment inférieur est alors enlevé.

(1) Chroback. *Centralb. f. Gynaek*, 1891, n° 9.

On suture suivant trois plans. On commence par réunir les lambeaux vaginaux, puis on réunit les espaces celluleux dénudés et on fait une suture séro-séreuse.

Tamponnement du vagin à la gaze iodoformée.

Procédé de Lennander (1). — Il ne diffère guère du précédent. Tandis que Chroback se sert de la soie pour faire des ligatures, Lennander emploie le catgut. Cet auteur ouvre les culs-de-sac antérieur et postérieur en rasant, en mordant même sur le tissu utérin, sans se servir de la sonde de Chroback.

Le reste comme dans le procédé précédent.

Procédé de Polk (2). — Polk enlève d'une pièce les petites tumeurs. Les gros fibromes sont traités par la méthode suivante qui se rapproche de celles de Chroback et de Martin.

Les ligatures sont placées en dehors de l'ovaire et de la trompe, alors que la tumeur est encore dans la cavité abdominale. A la partie interne des ligaments larges, Polk applique une pince contre l'utérus et coupe les ligaments larges entre la pince et la rangée externe des ligatures. Un lien élastique est serré à la base de la tumeur. On enlève la partie supérieure du fibrome au-dessus du lien élastique.

Polk insinue l'index le long du col jusqu'à la base du ligament large et pince l'artère utérine entre l'index et le pouce, glissé sur la face antérieure du ligament large. L'opérateur sent les battements artériels et charge l'utérine sur une aiguille à anévrysme. On lie l'artère.

La collerette péritonéale est alors créée par une section faite à un travers de doigt au-dessus des culs-de-sac. On décolle la vessie et le rectum. On ouvre les culs-de-sac vaginaux au ras du col et on enlève le pédicule par l'abdomen.

Le péritoine est suturé au vagin par 4 fils de catgut : un antérieur, un postérieur et deux latéraux. Ces fils, liés séparément, sont réunis en faisceau par un nœud qui est attiré dans le vagin. Drainage, s'il y a lieu, au moyen d'un tube de verre poussé jusque dans le Douglas et qu'on retire au bout de 12 ou 24 h.

Procédé de Le Bec (3). — Antisepsie vaginale quelques jours avant l'opération :

1° *Cœliotomie.*

2° *Ligature des vaisseaux utéro ovariens et des ligaments ronds.* — Pour ce faire, soulever les annexes, les tendre fortement en haut et en dehors. Regarder par transparence l'espace cellulaire formant la partie mince du ligament large (4). Passer deux fils de soie ou de catgut dans cet espace. L'un d'eux étreindra les vaisseaux utéro-ovariens à une certaine distance en dehors de l'ovaire. Le second, placé entre l'ovaire et la corne utérine, empêchera l'hémorragie venant de l'utérus. Section du ligament entre ces deux ligatures. Ligature à droite et à gauche des ligaments ronds.

3° *Dissection de la vessie.* — Incision du péritoine sur la face antérieure du fibrome. Dissection de la vessie de haut en bas, jusqu'au niveau du col, c'est-à-dire du cul-de-sac vaginal antérieur. (Si la tumeur est énorme, compression circulaire avec un lien élastique à la base du fibrome, section au-dessus. Si la masse est peu gênante, on la laisse entière.)

4° *Perforation des culs-de-sac vaginaux.* — A. Ouvrir le cul-de-sac postérieur sur l'extrémité des 2 branches d'une longue pince qu'un aide introduit dans le vagin. Agrandir l'ouverture par l'écartement des mors de la pince. B. Le cul-de-sac antérieur du vagin est ouvert de la même façon. La pince vaginale a été placée en avant du col. Hémostase des petits vaisseaux qui peuvent donner du sang.

5° *Passage des fils.* — Introduire la pince vaginale de bas en

(1) Lennander. *Centralb. f. Gynaec.*, 1892, n° 12 et n° 36.
(2) Polk. *Am. J. of Obstet.*, 1892, t. XXXI, p. 726.
(3) Le Bec. *Ann. de gyn. et d'obst.*, nov. 1895.
(4) L'utérus reçoit des vaisseaux de deux sources. Un groupe situé à la partie supérieure du ligament large comprend les vaisseaux utéro-ovariens. Un groupe plus intense, plus épais, est accolé à l'utérus et situé à la base du ligament large. Entre ces 2 groupes existe toujours un espace celluleux mince, transparent, large de 2 à 3 centimètres, haut de 3 à 5 centimètres, et que l'on découvre, que l'on voit facilement par transparence en étirant le ligament large (*Guinebertière*). La description du procédé de Le Bec est prise dans le travail de Guinebertière (1894). Il est bon de faire remarquer que Schrœder avait déjà nettement indiqué cette disposition et qu'il l'avait mise à profit pour faire l'hystérectomie.



haut dans la cavité abdominale, à travers l'ouverture du cul-de-sac postérieur. Saisir l'extrémité d'un fil de soie ou de catgut, l'attirer de haut en bas dans le vagin pendant que l'autre chef est maintenu dans l'abdomen. Repasser la même pince de bas en haut, tenant toujours le fil, par l'ouverture du cul-de-sac antérieur, de façon à ramener dans la cavité abdominale l'extrémité du fil dont l'anse comprend alors les vaisseaux utérins. Même manœuvre à droite et à gauche. La disposition est alors la suivante : les fils forment, à droite et à gauche du col, deux anses passant dans le vagin et comprenant la base des ligaments larges. Les chefs des anses se trouvent dans la cavité pelvienne. Pour assurer l'hémostase, il suffit de serrer chaque fil placé sur les parties latérales du col.

6° *Ablation du pédicule.* — On enlève le lien en caoutchouc. Fendre en 2 le moignon formé par le col en incisant l'axe de la cavité utérine. Réduire le volume des 2 moitiés. (Si la ligature élastique n'a pas été posée, on commence par couper transversalement la tumeur au-dessus des fils latéraux, et on enlève le col comme il a été dit.)

7° *Inversion de la base des ligaments larges.* — Avec une pince introduite dans l'abdomen par le vagin, saisir les chefs flottants des 2 ligatures latérales du pédicule et les annexes dans le vagin.

8° *Fermeture du péritoine* avec deux sutures au catgut (ce temps n'est pas indispensable).

9° *Suture de la paroi abdominale.* — Drainage au moyen d'un tube en T.

Procédé de Bowreman-Jessett (1). — 1° Cœliotomie et extériorisation de la tumeur. 2° Ligatures en dehors et clamps en dedans des annexes : section entre les deux. 3° Décollement de la vessie et du rectum. 4° Ouverture des culs-de-sac vaginaux sur l'ouverture d'un spéculum introduit profondément dans le vagin et largement écarté. 5° Libération et extirpation de la tumeur. 6° Sutures du péritoine de telle manière que l'anse des fils est dans la cavité péritonéale et les chefs projetés dans le vagin. Tamponnement, sans drainage, à la gaze iodoformée.

Christopher Martin (2) emploie un procédé analogue.

Ancien procédé de Doyen (3). — 1° *Temps abdominal.* Le ventre ouvert, la tumeur est rabattue sur le pubis ; puis le péritoine est incisé verticalement depuis le cul-de-sac de Douglas jusque sur la partie la plus saillante de la tumeur. Une pince courbe est introduite dans le vagin pour rendre le cul-de-sac postérieur accessible : ce cul-de-sac est alors incisé, ce dont on se rend compte avec le doigt. Le péritoine est alors séparé de la tumeur, la section étant faite en forme de raquette, en partant de l'incision postérieure, passant latéralement au-dessus des annexes et, en avant, bien au-dessus de la vessie. Un ligament large est détaché en rasant l'utérus, de façon à laisser dans son épaisseur l'arcade artérielle. L'hémostase se trouve suffisamment assurée par une ligature placée au-dessous des annexes. On décolle alors rapidement la séreuse de la surface de la tumeur ; puis on sépare le deuxième ligament large comme on a séparé le premier, en plaçant une autre ligature sur les annexes.

La tumeur ne tient plus, dès lors que, par des insertions vaginales. Par l'ouverture postérieure du cul-de-sac, on saisit le col avec une pince de Museux, puis on excise tout autour du vagin. La tumeur est alors enlevée en totalité par le ventre. Tout au plus, doit-on placer deux ou trois ligatures sur des artères vaginales plus importantes.

2° *Temps vaginal.* Il se pratique sans quitter le ventre de la malade, qui est laissée dans le décubitus dorsal. Il consiste à faire passer dans le vagin toute la collerette péritonéale, ainsi que les annexes. Une grande pince à ligament large et une pince de renfort sont placées au-dessus des annexes comme dans l'hystérectomie vaginale, puis les annexes et la collerette sont excisées au dessous des pinces. Là se termine le temps vaginal.

3° *Fin de l'opération.* L'opération est terminée par l'abdomen. On s'assure que les pinces ne font aucune saillie ; on place un drain de fort calibre dans le cul-de-sac potérieur ; puis on suture le péritoine au niveau du détroit supérieur. Enfin le ventre est refermé comme après toute laparotomie (1).

Deuxième procédé de Doyen (2). — Premiers temps comme précédemment :

1° Après élévation de la tumeur avec les mains, ou mieux, à l'aide de l'appareil de Reverdin, le cul-de-sac de Douglas est perforé sur une longue pince courbe, mousse, introduite par le vagin.

2° Le col utérin, qu'on aperçoit par la boutonnière vaginale, est saisi solidement à l'aide de pinces de Museux par sa lèvre postérieure. Lorsqu'une traction suffisante l'a amené en partie dans la cavité abdominale, son orifice externe regardant maintenant en haut et en arrière, on pratique, au ras du tissu cervical, une section bilatérale de l'étage inférieur du ligament large. En se tenant le plus près possible du tissu utérin, on est sur d'éviter la blessure des uretères et de la vessie. En deux coups de ciseaux, on complète la libération du col en avant.

3° Pendant l'exécution du temps précédent, on a observé deux ou trois petits jets de sang provenant de l'artère utérine. On les pince isolément et on les lie immédiatement.

4° Les deux incisions latérales faites au col sont prolongées de chaque côté, de bas en haut, et on désinsère ainsi, sur le bord même de la tumeur, le ligament large dans sa partie moyenne au ras de la tumeur, mais sans laisser de tissu utérin ou myomateux dans les lambeaux péritonéaux.

5° Les vaisseaux, que la pression de la main de l'aide sur la tranche de section de ces ligaments, empêche de saigner sont liés par 2 ligatures au-dessous des deux ovaires. Ces deux ligatures suffisent à assurer toute l'hémostase dans le plus grand nombre de cas.

6° Libération complète de la tumeur. La tumeur, par un mouvement de bascule de bas en haut et d'arrière en avant (le col utérin étant en haut), est libéré définitivement par énucléation sur le restant de sa périphérie.

7° Après avoir sectionné les annexes au-dessus des deux ligatures sous-ovariennes par deux coups de ciseaux et enlevé ainsi les ovaires et les trompes, les fils à ligatures sont passés par l'ouverture vaginale, entraînant avec eux le revêtement séreux dont ils rapprochent les bords opposés, qu'on ferme à la façon d'une pince par un surjet, avec une aiguille à main très courbe et suivant un premier plan. Puis, au-dessus de ce 1er plan, on place un 2e surjet fermant la cavité.

Pozzi, Reclus, Nélaton, Reynier (3), qui sont partisans du procédé de Doyen, lui font subir quelques légères modifications. Ces chirurgiens ne ferment pas la cavité pelvienne. Au contraire de Doyen, ils laissent le vagin ouvert et établissent un bon drainage à la gaze iodoformée. Une autre légère modification consiste dans la substitution du catgut à la soie (Reclus, Reynier). Enfin Reynier, Pozzi font l'hémostase préventive des ligaments larges avant d'enlever la tumeur. Edge applique le procédé de Doyen sans aucune modification.

Procédé de Guermonprez (4). — Cette opération comprend :

1° La section de la partie supérieure des deux ligaments larges, en s'arrêtant à la limite du péritoine vésical, et faite entre deux pinces qui sont remplacées, à la fin, par des ligatures à la soie :

2° La section transversale du péritoine vésico-utérin sur la face antérieure.

3° La séparation des deux organes au moyen des doigts ou du bistouri, en prolongeant ce temps opératoire jusqu'à sentir la lèvre antérieure du museau de tanche.

4° L'ouverture de la limite supérieure du vagin, au moyen d'une simple boutonnière pratiquée longitudinalement sur la ligne médiane et sur sa paroi antérieure.

5° La transfixion du vagin suivant le plan antéro-postérieur, au moyen d'une solide sonde cannelée, que l'on fait sortir dans le cul-de-sac de Douglas.

6° L'hémostase de la partie inférieure des ligaments larges est assurée, avant l'exérèse, au moyen de deux pinces-clamps si bien accréditées pour l'oophorectomie et la salpingecto-

(1) BOWREMAN JESSETT. *Brit. gyn. Soc.*, 1895, p. 332.
(2) CH. MARTIN. *Birmingham med. Review*, 1896.
(3) DOYEN. (*Archives provinciales de chirurgie*, 1892.) et DELAGENIÈRE, *Archiv. provinc. de chirurgie.*, 1894.

(1) DELAGENIÈRE, *Arch. prov. de chir.*, 1894.
(2) DOYEN. *Arch. prov. de chirurgie.*, 1896, p. 625, et *Congrès de Genève*, 1896.
(3) Voir Th. ANGELESCO, Paris, déc. 1897, p. 162.
(4) *Communication de Guermonprez. Académie de médecine*, séances du 15 et du 22 septembre 1891.



mie (1). Section du vagin aux ciseaux et extirpation de la tumeur. Pas de sutures, ni de drainage.

Procédé de Baldy (2).—Analogue à celui de Polk. On place, au lieu de pinces, une double rangée de ligatures en dehors des annexes et le plus bas possible. On coupe la partie supérieure des ligaments larges entre ces deux rangées de ligatures.

Les artères utérines sont pincées entre les doigts, chargées sur une aiguille et liées. On décolle la vessie, après section du péritoine anté-utérin. On sépare la tumeur du rectum de la même façon. On coupe la partie inférieure des ligaments larges en dedans des ligatures des utérines.

Le vagin est ouvert sur le doigt d'un aide. On commence par le cul-de-sac antérieur ; enfin, on suture au catgut le vagin et, par-dessus, le péritoine. Pas de drainage.

Procédé d'Edebohls (3).—L'opération est précédée d'un curage et d'un lavage de la cavité utérine. La tumeur est tirée au dehors : si elle est très volumineuse, il place un lien élastique et fait l'extirpation en deux temps. On incise le péritoine sur la face antérieure de l'utérus et sur la face postérieure. La vessie est séparée et repoussée en avant. On décolle le rectum.

On commence par lier les utérines avec des fils de catgut (tamponnement préalable du vagin). On fait ces ligatures sous-péritonéales en passant les doigts derrière la vessie décollée et en avant du lambeau péritonéal postérieur récliné.

Edebohls lie ensuite la partie supérieure des ligaments larges. Il met une ligature sur le ligament infundibulo-pelvien et une autre sur le ligament rond. On fait la section en dedans des ligatures et on enlève la totalité de la tumeur et des annexes.

Enfin, on fait une suture péritonéale avec des points de Lembert. (*A suivre.*)

A PROPOS DE LA TECHNIQUE

du raccourcissement intra-péritonéal du ligament rond.

Par le Dr Paul PETIT.

Lauréat de l'Académie de médecine.

—

Sachant mieux asepsier et suturer nous ne craignons plus les débridements utiles ; ainsi le *raccourcissement extra-péritonéal des ligaments ronds* devait-il profiter des progrès de la cure opératoire de la hernie inguinale, aussi bien pour l'aisance des manœuvres de dégagement que pour la fixation du ligament et l'occlusion de son trajet. Newmann, Edebohls, Chalot (4) sont entrés dans cette voie, et le lecteur se reportera avec fruit aux travaux de ces maîtres; on m'excusera cependant d'insister sur certains points de technique qui me paraissent avoir été laissés dans l'ombre. Les documents anatomiques, que j'ai donnés dans le numéro du 28 juin dernier de la *Semaine Gynécologique*, me permettront d'ailleurs d'être très bref.

Tout comme dans le procédé primitif d'*Alquié-Alexander* il faut d'abord découvrir l'orifice inguinal externe. L'index gauche reconnait l'*épine du pubis*, seul point de repère vraiment utile pour mener à bien ce premier temps de l'opération et y demeurer fixé pendant toute sa durée. La ligne d'incision doit dessiner avec l'*arcade* un angle aigu ouvert en haut et en dehors ; l'opérateur sectionne successivement la peau, le *fascia superficialis* souvent très épais et riche en veinules ; enfin, l'*aponévrose d'enveloppe du grand oblique* que trop souvent on néglige d'ouvrir. L'index droit rasant le bord externe de l'index gauche, qui est resté à son poste, tombe fatalement dans la dépression de l'*orifice inguinal externe*. Inutile de dénuder les *piliers*, de chercher le *lobule graisseux d'Imlach* qui souvent est peu marqué ou encore le *rameau génital du nerf abdomino-génital inférieur*, comme le veut Nitot (5).

On saisit du même coup, entre le pouce et l'index, tout ce qui sort de l'anneau (fibriles ligamentaires, ramuscules nerveux et vasculaires, tissu cellulo-graisseux) et l'on y fixe une pince.

L'*aponévrose d'insertion du Grand Oblique* étant ouverte, parallèlement à ses fibres dans toute l'étendue du *trajet inguinal*, l'on exerce une traction ménagée sur la *pince-guide* et le ligament se dessine en saillie, en même temps que les petits vaisseaux et nerfs saisis avec lui, dans l'épaisseur du feuillet périmysial qui descend du muscle *inguino-pubien* sur l'*arcade*. Le ligament est-il encore peu ou pas dissocié, au moment où il vient de passer au travers ou au-dessous du muscle (ce qui arrive plus souvent, je crois, dans ce dernier cas), il est très facile, si l'on connaît bien sa direction, si l'on tend convenablement la *pince-guide*, de le saisir *en plein corps*, après l'avoir isolé d'un coup de sonde cannelée du voile conjonctif et des éléments environnants. Dans le cas contraire de dissociation complète, en ce même point, on est sûr de relever le bord inférieur du muscle *inguino-pubien*, de trouver, immédiatement derrière lui, le corps du ligament ; mais je trouve plus simple, pour ma part, de réunir, en un faisceau, les fibrilles dissociées entre le bord inférieur du muscle et l'*arcade*. Que l'on tienne, au devant du muscle, le corps même du ligament ou son pinceau fibrillaire, *cette seconde prise devient la bonne* et celle du début est abandonnée.

Une traction nouvelle est exercée, plus accentuée cette fois, et dans le but d'amener soit au-dessous du muscle, soit au travers de ses fibres, la gaine cellulo-fibreuse émanée, comme je l'ai dit, non du *fascia transversalis*, mais bien du *fascia propria*. Cette gaine, nous le savons, aboutit en arrière à l'*orifice inguinal inférieur* creusé dans le *fascia propria* et le *fascia transversalis*, et se termine en avant en cul-de-sac soit derrière le muscle, soit au-dessous de lui en se confondant avec la couche celluleuse externe du ligament et le périmysium. C'est ce cul-de sac que l'on prend souvent pour le cul-de-sac péritonéal, et sur lequel on proposait, au début, de mettre un fil isolateur. Après l'avoir reconnu de l'œil ou du doigt, on doit, non le ménager, mais, bien au contraire, l'ouvrir aux ciseaux, en rasant le ligament : tout aussitôt celui-ci, sous une traction très faible de la pince fixatrice, se dégage de plusieurs centimètres, en apparaissant solide, brillant, lisse et nacré à la façon d'un tendon qui s'échappe de sa synoviale. Pour peu que l'on éprouve de résistance, c'est qu'avec le ligament l'on a saisi un nerf, le plus souvent l'un des deux rameaux *abdomino-génitaux* ; il est très facile de le reconnaître et de le sectionner.

Il faut alors faire une troisième prise, et raser l'orifice inguinal profond et accentuer le raccourcissement en dirigeant sa traction dans le sens du segment *ilio-pelvien* du trajet ligamenteux, c'est-à-dire en avant et en dehors. On arrive ainsi à avoir dans la main 12 cm. au moins d'un ligament solide, que l'on fixe, après l'avoir convenablement tendu, au bord inférieur du muscle *inguino-pelvien* et au bord postérieur et tranchant de *l'arcade*. D'après Edebohls la première anse de fil doit embrasser les bords de l'orifice inguinal intérieur ; mais telle qu'il la figure, cette première anse court bien le risque de traverser les vaisseaux *épigastriques*, ce qui est au moins inutile. Un deuxième plan de suture continue ferme la plaie du tendon du *Grand Oblique*. Un troisième et dernier plan de points séparés au crin comprend la peau et les tissus sous-cutanés.

Ainsi conduite, l'opération donne une satisfaction complète. A tout moment on voit ce que l'on fait : on obtient rapidement et facilement un raccourcissement très prononcé du ligament ; on le fixe très solidement et, du même coup, on ferme le trajet inguinal. En fin de compte, non seulement on ramène l'utérus en antéversion et jusque au contact de la paroi abdominale, mais l'on soulève, par l'intermédiaire du ligament large et, particulièrement, par le *peaucier sous-péritonéal dont le ligament fait partie*, tout l'ensemble du plancher pelvien : il est facile de s'en rendre compte par le palper combiné.

Eviter le débridement de l'aponévrose du Grand Oblique, dans la crainte d'affaiblir la paroi, est un mauvais calcul, car il est le plus souvent impossible d'attirer le ligament en dehors, par l'orifice inguinal extérieur, sans agir avec la sonde cannelée dans l'intérieur du canal, partant sans le violenter plus ou moins, sans dilacérer le muscle, le périmysium, voir même l'orifice inguinal inférieur. De plus, le sens défectueux des tractions force tant soit peu le pilier interne de l'anneau, provoque parfois dans le ligament des ruptures interstitielles que l'on perçoit très bien sous les doigts tracteurs ; ou bien même, le pinceau fibrillaire saisi hors l'orifice externe peut se rompre avant que l'on soit arrivé sur le corps du ligament ; enfin, la fixation de celui-ci aux piliers de l'anneau extérieur et au périoste pubien ne saurait valoir sa suture au bord de l'arcade et du muscle.

Il n'est pas douteux, dirai-je, en terminant, que les divergences de vue au sujet de l'efficacité du raccourcissement extra-péritonéal des ligaments ronds, tiennent au moins autant aux façons diverses de pratiquer cette opération qu'à la manière d'en comprendre les indications.



(1) Dr DUVAL. *Thèse*. Paris, 1892.
(2) BALDY (*Am. J. of Obst.*, nov. 1893.)
(3) EDEBOHLS. *Amer. J. of Obst.*, nov. 1893.
(4) NEWMANN. *American Journ. of Obst.*, 1891, t. XXIV.
CHALOT. Assoc. franc. pour l'avancement des sciences. Pau, 1892.
EDEBOHLS. Congrès périod. internat. de gyn. et obst., 1896, 1er vol., p. 460.

(5) D'ailleurs ce rameau nerveux, comme nous l'avons dit, est inconstant et, de plus, se dégage ordinairement non par l'orifice inguinal externe, mais par une éraillure d'un pilier, ce qui pourrait mettre sur une fausse piste. Si l'on tient à prendre un rameau nerveux pour guide, il faut s'adresser soit au rameau génital du nerf abdominal génito-supérieur, soit au génito-crural. Mais, encore une fois, mieux vaut ne pas s'arrêter à ces subtilités.

REVUE FRANÇAISE

A. Ricard. — TRAITEMENT DES FIBROMES UTÉRINS. (*Gazette des Hôpitaux*, 1898.) (*Suite et fin*) (1).

IV.

FIBROMES QU'IL FAUT OPÉRER. — Les *indications* de l'acte chirurgical peuvent se ranger sous plusieurs chefs :

Le fibrome par lui-même est une indication opératoire, s'il évolue rapidement, et s'il siège chez une Femme jeune. Son volume excessif, la gêne qui résulte de son poids, de la réplétion abdominale, du mauvais fonctionnement du diaphragme, sont autant d'indications opératoires.

En dehors de ces indications tirées du fibrome lui-même, il en existe d'autres tirées des complications : ce sont les *hémorragies*, les phénomènes de *compression*, les *douleurs*, que le traitement médical a vainement essayé de combattre.

Il y a les complications d'ordre septique, salpingo-ovarites, sphacèles des fibromes sous-muqueux, péritonites, accidents phlébitiques répétés, qui deviennent des indications urgentes.

La torsion des pédicules du fibrome si bien étudiée par Planque (2) et par Macé (3), dans leurs thèses, est aussi une indication opératoire de premier ordre.

Quelle sera cette intervention chirurgicale ?

Elle doit varier évidemment suivant la forme anatomique ou la variété clinique du fibrome.

Contre le fibrome à évolution rapide, chez une Femme jeune, il n'y a qu'un remède : l'extirpation de l'utérus fibromateux. Autrefois, on mettait la *castration ovarienne* (4) en parallèle avec l'hystérectomie. Cette comparaison n'a plus aujourd'hui sa raison d'être, le pronostic de l'hystérectomie pour fibrome s'est singulièrement abaissé, depuis les récents perfectionnements de la technique opératoire. Or, c'était la mortalité grande de cette opération qui constituait la grosse indication de la castration ovarienne. On enlevait les ovaires, parce qu'on n'osait pas faire mieux ; le chirurgien reculait devant la gravité de l'hystérectomie.

Aujourd'hui, ce n'est que dans des cas exceptionnels, que le chirurgien a recours à la castration, c'est lorsqu'il juge l'opération radicale impraticable, réellement au-dessus des ressources actuelles de la technique chirurgicale. Dans ce cas, après la laparotomie, plutôt que de refermer le ventre après une simple exploration, il se contente d'enlever les ovaires, espérant que cette ménopause artificielle amènera, sinon la guérison du fibrome, du moins arrêtera sa progression.

Contre les fibromes volumineux, c'est encore à l'hystérectomie qu'il convient d'avoir recours.

Le fibrome hémorragique peut fournir par son siège des indications spéciales. S'il est volumineux, interstitiel, proche du péritoine par l'une de ses faces, c'est encore à l'extirpation de l'utérus qu'il conduit ; mais s'il est pédiculé, plus ou moins saillant dans la cavité utérine, le chirurgien pourra souvent se contenter de l'ablation du fibrome et respecter la matrice. La *myomectomie* sera simple s'il s'agit d'un polype pédiculé, saillant à travers les lèvres dilatées de l'utérus, ou faciles à agrandir par quelques coups de ciseaux. Ces polypectomies sont classiques.

L'extirpation du fibrome sous-muqueux, non accessible au toucher, peut également se faire par myomectomie simple, si le fibrome n'est pas trop volumineux et si son *énucléation* ne compromet pas trop la résistance du tissu utérin au milieu duquel la tumeur est enchâssée.

Cette extirpation de fibromes intra-utérins doit se faire d'après une technique bien réglée, calquée sur celle que Defontaine (5) a décrite pour le débridement cervical de l'utérus.

Voici comment j'ai procédé plusieurs fois et toujours avec succès :

L'utérus étant abaissé, séparé de ses insertions vaginales antérieures, l'opérateur décolle l'utérus de la vessie, jusqu'au cul-de-sac péritonéal vésico-utérin. C'est, en somme, le premier temps de l'hystérectomie vaginale. Sur la lèvre antérieure du col, on mène une incision qui, dépassant l'orifice interne, gagne la face antérieure du corps et permet d'atteindre la cavité utérine. Les deux lèvres de l'incision utérine étant maintenues écartées, le doigt explore le polype, reconnait sa forme, sa consistance, son implantation, et permet d'en pratiquer l'extirpation, avec ou sans morcellement.

Si l'extirpation par cette voie est reconnue impossible, si le polype est trop volumineux, s'il a un prolongement méconnu qui s'avance sous le péritoine et ne permet pas de conserver l'utérus, il faut alors continuer l'hystérectomie commencée par voie vaginale. Mais, dans le cas contraire, si le polype peut être extrait, une mèche stérilisée est placée dans la cavité utérine, et un surjet de catgut reconstitue la paroi antérieure sectionnée. L'opération est essentiellement bénigne

J'ai pu trois fois pratiquer cette myomectomie pour fibromes sous-muqueux. Dans un cas, où j'ai eu à regretter une hémorragie post-opératoire de l'artère vaginale antérieure, la malade est devenue enceinte ultérieurement et a accouché normalement dans un de nos hôpitaux.

J'ai encore, actuellement dans mes salles, à la Maison Dubois, une malade, à qui je viens de pratiquer la myomectomie intra-utérine par ce procédé. L'acte opératoire et les suites ont été des plus simples.

La myomectomie peut encore être tentée par *voie vaginale* pour certains fibromes pelviens. Il nous est arrivé une fois, chez une ouvreuse de théâtre, de morceler et d'extirper un fibrome à développement intra-ligamentaire, dont le volume égalait celui de deux poings. Le fibrome bombait dans le cul-de-sac latéral gauche et refoulait l'utérus à droite et en avant. Une large incision vaginale me permit d'aborder le fibrome, sans toucher à l'utérus. Des tractions successives, suivies de morcellement, permirent l'abaissement progressif, et lorsque tout fut enlevé, je constatai que l'utérus avait suivi la descente du polype et pendait hors la vulve. Je reconstituai comme je pus les débris du ligament large effondré, surjetant au catgut le bord dénudé de l'utérus qui fut réduit, la plaie fut tamponnée ; la malade fut radicalement guérie. C'est la myomectomie transvaginale de Czerny (1).

La myomectomie est encore possible, lorsqu'il faut intervenir par voie abdominale ; il suffit, pour s'en convaincre, de se reporter aux intéressantes communications au Congrès de chirurgie du docteur Témoin (de Bourges). Mais si le fibrome est énucléable, il l'est presque toujours aux dépens des parois de l'utérus, qu'il a dissociées, amincies en se développant dans leur épaisseur. En outre, le fibrome est rarement unique et de petits fibromes secondaires se trouvent presque toujours enchâssés dans le parenchyme utérin. De sorte que, dans ces cas aussi, la myomectomie pure devient exceptionnelle, et, pour le docteur Témoin lui-même, elle ne devient que le premier temps de l'hystérectomie.

J'ai pu, toutefois, chez une malade de la Maison Dubois, alors que je suppléais mon collègue Schwartz, faire l'énucléation abdominale d'un fibrome pelvien, en conservant l'utérus et les annexes d'un côté. La malade, Femme d'un gendarme de Montmorency, devint enceinte et accoucha à terme.

Il va sans dire que la myomectomie trouve une application normale dans les cas de fibromes sous-péritonéaux pédiculés ou pédiculisables, au-dessous desquels on constate l'intégrité de l'utérus.

Mais la myomectomie sans hystérectomie, en dehors des polypes vrais, n'est qu'une heureuse exception opératoire. Le plus souvent, pour ne pas dire toujours, la myomectomie se complète par l'hystérectomie. Aussi, dans la plupart des cas, le traitement radical du fibrome est-il l'hystérectomie.

L'ablation de l'utérus étant indiquée, il reste à décider quelle méthode opératoire il convient d'adopter. Nous restons aujourd'hui en face de deux procédés : l'hystérectomie totale par voie vaginale ou par voie abdominale.

Il n'est plus question, à l'heure actuelle, d'hystérectomie avec pédicule interne ou externe, ce sont des procédés aujourd'hui abandonnés et que conservent seuls des chirurgiens qui ne se sont pas mis au courant des méthodes modernes.

L'hystérectomie vaginale a même perdu du terrain ; en tout cas, elle est réservée aux fibromes petits, nettement sous-ombilicaux, d'un volume à peine supérieur à celui du poing.

L'hystérectomie abdominale est la voie de choix pour les fibromes volumineux, pour les fibromes enclavés, ou compliqués d'annexites, de collections suppurées ou sanguines, d'adhérences. Ce procédé permet seul au chirurgien de voir directement ce qu'il fait et de s'adresser aux complications en connaissance de cause. C'est là la grande supériorité de la voie abdominale, voie large et ouverte, sur la voie vaginale, plus étroite et partant plus obscure et moins praticable.

Je ne veux point, à propos du fibrome utérin, ressasser à nouveau l'éternelle comparaison entre la voie vaginale et la voie abdominale.

(1) Voir les numéros des 16 et 23 août 1898.

(2) PLANQUE. *Contribution à l'étude de la torsion des fibromes utérins*, Paris 1897.

(3) MACÉ. *Contribution à l'étude de la torsion du pédicule des fibromes sous-séreux*, Paris 1897.

(4) La castration ovarienne a été très bien étudiée par Tissier (Th. de Paris, 1885). Son travail donne exactement l'opinion d'alors et les statistiques comparatives de la castration et de l'hystérectomie à cette période de la chirurgie. Elle a été discutée à nouveau à la Société de chirurgie en 1888. — A consulter, cette même année, les articles de Segond et Terrillon dans les *Annales de Gynécologie*.

(5) DEFONTAINE. Acad. de méd., 28 déc. 1897, et *Arch. prov. de chir.*, 1898, p. 111. — Voir aussi, sur ce sujet, la thèse de GANNAT. *Hystérotomie médiane vaginale comme moyen d'extirpation des fibromes sous-muqueux*, Paris 1897.

(1) CZERNY. *Wien. med. Wochens.*, 1881, n°s 18 et 19.

Tout ce qu'on a pu dire à ce sujet a été dit et bien dit. Il suffit, pour ceux que cela intéresse, de se reporter aux discussions qui ont eu lieu récemment encore, sur ce point, à la Société de chirurgie. Je me contenterai de terminer cette Revue en exposant ma pratique personnelle. Ce sont des actes qui valent, à cet égard, mieux que les meilleurs raisonnements.

STATISTIQUE. — J'ai réservé l'hystérectomie par *voie vaginale* aux cas simples, aux fibromes d'un volume à peine supérieur à celui du poing, sur un utérus mobile et abaissable ; j'ai pratiqué neuf fois seulement cette opération avec neuf succès.

Par contre, j'ai pratiqué soixante-neuf hystérectomies abdominales totales avec soixante guérisons et neuf morts. Dans cette série, dont les derniers termes s'améliorent et se simplifient de plus en plus, et par la régularité de la technique employée et par l'extraordinaire bénignité des suites, j'ai eu à lutter contre les cas les plus complexes, fibromes énormes sous-péritonéaux, fibromes avec septicémie, avec complications d'écoulement septique, avec salpingites suppurées, avec torsion du vagin et hémorragies péritonéales, fibromes déjà abandonnés par d'autres chirurgiens au cours d'opération préalable, etc. C'est dire que j'ai reculé l'indication opératoire aussi loin qu'il m'a paru possible. Je viens d'opérer, dans mon service à la Maison Dubois, une malade que je tenais depuis deux mois en observation, tellement elle était cachectisée par son fibrome. Ces soixante-neuf faits comprennent donc les cas les plus graves que l'on puisse rencontrer. Néanmoins ils m'ont donné soixante guérisons.

J'ai fait en outre une myomectomie trans-vaginale, trois myomectomies trans-utérines, quatre myomectomies trans-abdominales, et toutes avec succès.

C'est par ces chiffres que l'on peut juger la valeur d'un traitement chirurgical. Si le médecin sait saisir les indications opératoires, et éviter de s'éterniser dans une temporisation souvent nuisible, on ne peut douter que le pronostic chirurgical, cependant si transformé aujourd'hui, ne s'améliore encore dans l'avenir.

S. Mouslorski. — CONTRIBUTION AU TRAITEMENT DES FIBRO-MYOMES, DE L'UTÉRUS. (*Presse méd.*, 23 juill., 1898.)

Il paraît difficile, au premier abord, de dire quelque chose de nouveau sur le traitement des myomes. Nous avons l'ergotine, qui peut être parfois vraiment efficace, surtout s'il s'agit de myomes sous-muqueux ; nous avons à notre disposition le traitement électrique, auquel souvent on ne peut contester des effets utiles ; enfin la chirurgie abdominale fait sans cesse les plus grands progrès.

Mais, quoi qu'on dise, ce n'est pas encore le dernier mot du traitement : nous devons nous attacher à conquérir un remède presque spécifique. Je suis loin d'en annoncer un pareil ; mais l'observation que je publie paraît non seulement intéressante, mais encore très instructive ; c'est la nature « medicatrix » qui s'est montrée heureux médecin, et voici dans quelles conditions.

Femme, quarante-deux ans, mariée depuis vingt ans, pas d'enfants. Ses parents sont morts : le père d'apoplexie, la mère à la suite d'une infection intercurrente au cours d'une maladie de Parkinson ; ses deux frères jouissent d'une santé parfaite Elle a été réglée à seize ans ; les règles étaient, avant le mariage, toujours régulières, sans douleurs. Elle a eu la fièvre typhoïde en bas âge ; vers l'âge de vingt ans, elle a eu, pendant quelques mois, une maladie nerveuse, qui se caractérisait par un état mélancolique : les voyages ont permis à la malade de revenir à l'état quasi-normal.

Il y a quelques années, la malade s'aperçut que son ventre grossissait ; en même temps ses règles sont devenues plus longues et plus abondantes, mais pas assez pour exiger une thérapeutique spéciale ; le repos au lit pendant toute la durée de la menstruation était suffisant. Pas de douleurs. Désirant s'enquérir sur la nature de la tumeur que la malade percevait elle-même, elle s'adressa successivement à plusieurs médecins qui tous ont diagnostiqué un fibro-myome.

L'examen gynécologique me démontra l'existence d'une tumeur mobile, dépassant l'ombilic de deux travers de doigt, remplissant le cul-de-sac antérieur du vagin ; la sonde pénétrait dans l'utérus à 8 centimètres. Chiffres en main, j'ai contrôlé tous les six mois les dimensions de la tumeur, en mettant un pied du compas dans le cul-de-sac antérieur du vagin, l'autre sur l'abdomen au point correspondant à l'autre extrémité de la tumeur ; en même temps, j'ai mesuré la circonférence de l'abdomen et la distance de la symphyse de l'extrémité supérieure de la tumeur. De telle sorte que j'ai pu me convaincre que la tumeur s'agrandissait en longueur, à peu près de 4 centimètres pendant une année.

Les choses en étaient là depuis une année et demie, quand, par suite de la mort de sa mère, la malade est devenue la victime d'idées de persécution, qui la conduisent ensuite à la « mélancolie anxieuse ». Elle refusait toute nourriture ; il fallut de grands soins de l'ento rage pour qu'elle prit le minimum nécessaire.

Quelqu s mois se passèrent et la malade nous annonça que sa tumeur avait disparu. En effet, l'examen démontra que l'utérus, toujours un peu agrandi, atteignait à peine la symphyse ; en tout cas, il n'est pas perceptible par l'abdomen.

A quoi faut-il attribuer la disparition de la tumeur ? Est-ce au régime auquel la malade s'est soumise, ou bien aux lésions des nerfs nutritifs de l'utérus, ce qui était possible dans la maladie organique du système nerveux central ?

Les deux propositions sont possibles ; mais, pour le moment, j'incline plus volontiers vers la première, et je suppose que la privation qualitative et quantitative de la nourriture pourrait être efficace dans certains cas de fibromes utérins. Mais quels éléments faut-il soustraire de l'alimentation ? Encore une question à résoudre dans l'avenir. Il conviendrait probablement de soumettre les malades au régime des obèses. Je sais combien il y a de points faibles dans l'explication que je fournis sur mon cas ; mais cela ne m'empêche pas de proposer un moyen de traitement, qui, au premier moment, peut être appliqué chez les personnes pusillanimes qui ne veulent pas subir l'opération (ça va sans dire si l'opération n'est pas urgente à cause de symptômes graves). Les observations ultérieures vont démontrer, si mon observation est seulement curieuse et exceptionnelle, ou bien si elle présente un exemple du vrai traitement naturel.

A. Besson. — UN CAS DE MOLE HYDATIFORME. (*J. des Sc. Méd. de Lille*, 30 juillet 1898.)

M. Besson présente à la Société une môle hydatiforme provenant d'une malade du service de M. le professeur Duret. Cette Femme avait, en juillet dernier, avorté à quatre mois ; elle déclare que le placenta ne fut pas extrait. Pendant les cinq ou six mois qui suivirent, elle éprouva un affaiblissement de ses forces, des malaises continuels ; les règles de janvier furent prolongées et, à partir du mois de février, la malade perdit à peu près constamment du sang. Vers la fin d'avril, les métrorrhagies devinrent subitement si abondantes qu'elle dut être transportée d'urgence à l'hôpital. Pendant l'examen, elle expulsa en deux fois la môle qui fait l'objet de cette présentation. Un curettage fut pratiqué et la malade sortit guérie de l'hôpital. Une dizaine de jours après, elle rentrait de nouveau d'urgence perdant du sang en abondance : un tamponnement fut pratiqué, des injections de sérum furent faites les jours suivants. Actuellement, cette Femme, rendue exsangue par ses hémorrhagies, est en bonne voie de rétablissement.

Cette môle est une môle pleine, elle est formée par une masse rougeâtre de la grandeur de la paume de la main, à laquelle sont appendus une multitude de petits kystes de forme et de volume très variés, reliés entre eux par de très minces filaments. Le plus volumineux de ces kystes a la grosseur d'une noisette. — On ne trouve pas de trace d'amnios. L'on sait qu'il existe encore deux autres variétés de môles : la môle creuse, où il existe une poche amniotique sans trace de cordon ni d'embryon, et la môle embryonnée, où tous les éléments de l'œuf existent.

J. Masbrenier. — ANÉVRYSME CONSÉCUTIF A UNE ENDOCARDITE INFECTIEUSE RESULTANT D'UN AVORTEMENT. (*Bull. Soc. an.*, mai 1898.)

Malade âgée de vingt-sept ans, sans autre antécédent pathologique jusqu'à vingt-cinq ans qu'une atteinte de rhumatisme articulaire aigu. Elle entre à l'hôpital après avoir fait une fausse couche de cinq mois et demi. La température à l'entrée est de 38°2, et malgré un écouvillonnage à la glycérine créosotée, la température monte au bout de quelques jours au-dessus de 39 degrés ; la malade se plaint d'une douleur précordiale vive, et l'auscultation révèle la présence d'un double souffle ayant son maximum à la partie interne du troisième espace intercostal gauche. Elle meurt un mois après. A l'autopsie, on trouve un rétrécissement mitral marqué, et au-dessus de la sigmoïde aortique interne on trouve un orifice conduisant dans une poche du volume d'une grosse noix siégeant entre l'aorte et l'artère pulmonaire. La paroi de cette poche est lisse dans sa plus grande partie, tapissée de fibrine en quelques points. Il semble bien qu'il s'agisse dans ce cas d'une infection à point de départ utérin, s'étant localisée sur l'endocarde, touché antérieurement par un rhumatisme articulaire et devenu par là même un lieu de moindre résistance. L'anévrysme s'est formé là par l'ouverture d'un abcès intra-cardiaque siégeant entre l'aorte et l'origine de l'artère pulmonaire.

D. C Hirst. — LA DOULEUR ET LA MENSTRUATION DANS LA GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE. (*Amer. J. of Obstetrics*, avril 1898. — *Rev. Obst. Intern.*, 1er août, n° 130, *Suppl.* p. 173.)

Travail basé sur 22 observations personnelles. La grossesse extra-utérine est caractérisée par trois ordres de symptômes : la douleur, la menstruation irrégulière avec, parfois, expulsion d'une caduque et les signes locaux du côté de la trompe.

Les douleurs sont, d'après Hirst, très vives, paroxystiques et peuvent apparaître à un moment quelconque de l'évolution de la grossesse ectopique. Elles se localisent souvent dans la région inguinale ; d'autres fois elles occupent la partie inférieure de l'abdomen en irradiant vers les membres inférieurs ou du côté de l'épigastre. Dans certains cas, ces phénomènes douloureux peuvent être assez intenses pour occasionner des syncopes, accompagnées

de nausées, de vomissements et de symptômes de shock, sans qu'il y ait eu nécessairement rupture du sac.

Du côté de la menstruation, ce qui domine, c'est l'irrégularité : sur les 22 Femmes observées par l'auteur, 6 n'ont présenté aucun changement à cet égard, chez les 4 autres les règles n'ont été que retardées de dix à douze jours, mais dans la majorité des cas on notait, à un moment donné, un écoulement sanguin prolongé, précédé ou suivi de l'expulsion d'une caduque.

REVUE BELGE

C. Jacobs. — TRAITEMENT CHIRURGICAL DES INFLAMMATIONS PELVIENNES. (Communication faite au Congrès de médecine d'Edimburg (25-31 juillet 1898).

La question posée comprend un tel développement qu'il faut que chacun de nous limite les renseignements qu'il peut apporter à sa solution. Je bornerai la communication que je désire faire aux cas d'inflammations pelviennes suppurées.

Les suppurations pelviennes sont si complexes, qu'il est difficile de comparer les faits entre eux, de classer les observations ; de là, en réalité, l'importance très relative des statistiques. J'ai tenu cependant à rassembler un nombre assez considérable d'observations, afin de pouvoir déduire quelques conclusions de documents personnels et sérieusement observés.

Il m'est impossible de rendre d'une façon concise les résultats de ma pratique, c'est-à-dire que tous les cas dans lesquels j'ai dû intervenir chirurgicalement ne me permettent pas d'en déduire une ligne de conduite nette et précise : l'intervention chirurgicale, les voies et moyens à mettre en œuvre sont sous la dépendance de facteurs multiples ; la prédominance de l'un ou l'autre de ces facteurs suffit pour engager ou forcer le chirurgien à recourir à telle opération, à opérer par telle ou telle voie.

Les inflammations pelviennes suppurées sont *utérines*, *annexielles*, *péri-utérines*. Que ces états inflammatoires soient *aigus* ou *chroniques*, le rôle actif de la chirurgie doit avoir pour résultante soit une intervention PALLIATIVE, CONSERVATRICE, soit une intervention RADICALE.

L'intervention sera conservatrice, n'enlèvera qu'une partie des organes génitaux ou bien se bornera à l'évacuation des collections purulentes suivie du drainage, dans tous les cas où l'inflammation infectieuse n'aura provoqué des lésions que dans une partie des organes. Si elle a entamé la totalité de ces organes, leur ablation totale s'impose.

J'entends par opérations *palliatives* : l'élytrotomie vaginale antérieure ou postérieure, la ponction, le drainage, l'ovaro-salpingectomie unilatérale abdominale ou vaginale, la marsupialisation par l'abdomen des poches purulentes, leur drainage.

Les opérations *radicales* : l'ovaro-salpingectomie bilatérale, l'hystérectomie avec ablation des annexes par la voie abdominale ou la voie vaginale.

***

Les inflammations purulentes localisées aux parois utérines sont rares. Je n'ai eu l'occasion, en ces neuf années, de n'en rencontrer que 2 cas. L'ouverture suivie du drainage des foyers a donné une guérison rapide.

Les infections péri-utérines, les paramétrites suppurées sont plus fréquentes. J'en ai opéré 28 cas, presque toujours par la ponction et le drainage par la voie vaginale, dans 6 cas par drainage abdomino-vaginal, périnéo-vaginal, sacro-vaginal. La guérison n'a parfois été obtenue qu'après plusieurs semaines de soins continus.

Il s'agit là, en somme, de localisations infectieuses qui ressemblent à n'importe quel phlegmon et dont le traitement chirurgical n'offre rien de spécial.

Dès que nous envisageons les inflammations annexielles, les divergences d'idées commencent et les idées défendues en ces dernières années par les écoles françaises et belges trouvent ici leur vrai terrain de discussion.

Si l'infection est récente, elle se localise soit dans la trompe, soit dans l'ovaire. Nous avons remarqué la fréquence de la localisation ovarienne dans les infections puerpérales.

L'*abcès de l'ovaire*, s'il est unilatéral et de date récente, peut guérir par l'élytrotomie antérieure ou postérieure (suivant sa situation), l'évacuation et le drainage. Mais la récidive est fréquente et nécessite souvent une intervention secondaire. Nous avons traité par cette méthode 23 cas d'abcès localisés à l'ovaire. Nous avons vu 7 récidives que nous avons réopérées, soit par l'ablation de l'organe, soit par la répétition de la 1re opération. 16 cas guérirent.

Si l'affection est ancienne, mieux vaut, malgré les adhérences péri-ovariennes nombreuses que l'on rencontre toujours, s'adresser à l'ablation de l'ovaire ; si les adhérences sont trop intimes, on peut marsupialiser la tumeur et drainer par l'abdomen ou par le vagin, ou par les 2 voies.

29 cas traités de cette façon nous ont donné 17 guérisons, 3 décès, 9 cas ayant nécessité une seconde opération.

Ces cas ont été opérés par la voie sus-pubienne.

Nous pouvons ajouter à ce nombre 11 cas opérés par le vagin, élytrotomie antérieure ou postérieure, ablation de l'ovaire en bloc ou par morcellement, drainage. Ce qui nous a donné 8 guérisons, 1 décès, 2 récidives ayant nécessité une opération radicale.

Le *kyste purulent tubaire* ou *tubo-ovarien*, peut être évacué par le même procédé de ponction suivi de drainage par la voie vaginale. Les résultats que nous avons obtenus sont très peu encourageants. Sur 8 cas, nous avons 1 décès et 6 récidives, c'est-à-dire 6 cas dans lesquels nous avons dû recourir à une 2e opération presque toujours plus radicale.

L'ablation de la salpingo-ovarite purulente, soit par l'abdomen, soit par le vagin, donne de meilleurs résultats. Nous notons :

53 cas opérés *par l'abdomen* : 39 guérisons, 3 décès, 10 cas réopérés dans la suite.

31 cas opérés *par le vagin* : 24 guérisons, 2 décès, 7 réopérés dans la suite.

Dans la plupart des cas réopérés postérieurement, il s'agit d'inflammations secondaires du côté respecté ; dans quelques cas, inflammation génitale totale post-opératoire.

Lorsque les lésions ont atteint l'appareil génital annexiel bilatéralement, on interviendra, soit par la voie vaginale, soit par la voie abdominale, pour pratiquer l'ablation complète des organes.

Après une expérience qui porte sur plusieurs centaines de cas, après l'étude minutieuse des résultats opératoires, le danger opératoire n'étant pas plus à craindre par une voie que par l'autre, je puis aujourd'hui avancer que :

1° La *voie vaginale* doit être choisie de préférence dans les suppurations pelviennes, anciennes avec fistules, adhérences immobilisatrices, plastrons, abcès péri-utérins et péri-annexiels ;

2° La *voie abdominale* est la voie d'élection dans les cas relativement récents, dans lesquels on ne peut diagnostiquer de grands délabrements voisins.

Par l'une et l'autre voies, le but poursuivi sera l'extirpation totale utérine et annexielle, qui permettra suivant les cas un large drainage du bassin.

En suivant ces préceptes, j'ai obtenu les résultats suivants :

Voie vaginale, 432 cas ; 424 guérisons, 8 décès.
Voie abdominale, 98 cas; 95 guérisons, 3 décès.

Parmi les guérisons de la voie vaginale, j'ai à signaler 5 cas de fistules uretérales dont 2 guérirent spontanément et 4 nécessitèrent la néphrectomie.

9 cas de fistules intestinales, 2 opératoires, 7 antérieures à l'opération. 8 de ces cas nécessitèrent des opérations secondaires.

Parmi les 95 guérisons d'opérations abdominales, je n'ai à signaler que 2 cas de paramétrite infectieuse tardive.

Bien que toutes ces inflammations suppurées soient toujours d'origine infectieuse, il est rare que le pus jouisse au moment de l'opération d'une virulence bien grande. La virulence est d'autant moindre que la collection est plus ancienne. Aussi ne croyons-nous pas qu'il faille attacher grande importance à l'examen bactériologique au cours des opérations, pas plus d'ailleurs que nous ne croyons devoir ériger en principe le drainage post-opératoire obligatoire.

***

Les résultats de ces 713 opérations nous permettent d'avancer que :

1° Les inflammations pelviennes purulentes doivent être attaquées de préférence *par la voie vaginale* (ponction, drainage, évacuation) lorsqu'elles sont péri-utérines ;

2° Si elles se localisent dans les annexes d'un seul côté, elles doivent être ponctionnées et drainées par le *vagin* ou *l'abdomen* — ou enlevées par l'une de ces voies — la *voie abdominale* est souvent préférable ;

3° Si l'infection annexielle est bilatérale, il y aura avantage à pratiquer la castration génitale totale *par le vagin*. Les infections récentes seront attaquées *par l'abdomen*.

Tout ouvrage dont il sera envoyé deux exemplaires sera annoncé et analysé s'il y a lieu.

R. PICHEVIN, *Directeur-Gérant.*

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE DAIX FRÈRES.
Maison spéciale pour Journaux et Revues.



QUELQUES DÉTAILS HISTORIQUES (1)

à propos de l'hystérectomie abdominale totale (*Suite*). Méthodes opératoires.

Par R. PICHEVIN et S. BONNET.

(*Suite et fin.*)

—

Procédé de Delagénière (*du Mans*). (2) — *Préparation de la malade.* Autant que possible, la malade doit prendre des injections antiseptiques au sublimé 15 jours ou 3 semaines avant l'opération ; pendant ce laps de temps, elle prend 2 bains savonneux par semaine. 3 jours avant l'opération, elle doit prendre un purgatif léger (20 à 25 grammes d'huile de ricin) ; la veille de l'opération, elle est rasée, puis savonnée dans un bain ; elle prend 3 injections vaginales de sublimé au 1000°.

Le matin, avant l'opération, les membres inférieurs sont complètement entourés de flanelles, pour éviter le refroidissement et le choc. Nous n'insistons plus sur l'introduction d'une mèche de gaze dans le col, mais faisons un nettoyage des culs-de-sacs vaginaux avec de l'éther iodoformé avant de les frotter avec une solution antiseptique forte. Enfin, nous faisons un tamponnement lâche du vagin, non plus pour distendre les culs-de-sacs, mais seulement pour absorber les liquides qui peuvent s'écouler du col pendant l'opération. En effet, la distension des culs-de-sacs vaginaux comme repère est purement illusoire ; elle est même nuisible pour reconnaître facilement le vagin lorsque le col a été isolé tout autour. Quand le vagin est vide, on le reconnait au défaut de résistance facile à trouver au-dessous du museau de tanche. On peut aussi, dans certains cas, le reconnaître à une sonorité relative en le percutant avec l'extrémité de l'index.

Anesthésie. Ethérisation aussi complète que possible.

Plan incliné. — Nécessité de placer la malade sur un plan incliné à 45°. La tête de la malade devra être sur le même plan que le corps.

Incision. — L'incision devra être proportionnée au volume de la tumeur. On devra la prolonger jusqu'à deux travers de doigt au-dessous du sommet de la tumeur. Si la tumeur est petite, l'incision sous-ombilicule de 10 ou 12 centimètres sera suffisante ; mais elle sera indispensable pour n'être pas gênée dans les autres temps de l'opération. On aura avantage à prolonger l'incision en bas près du pubis.

Exploration et manipulation de la tumeur. — Lorsque le ventre est ouvert, il faut explorer la tumeur avec la main, pour en déterminer le volume, pour reconnaître la situation du sommet de la tumeur, des annexes de l'utérus, se rendre compte des adhérences qui peuvent se rencontrer. Lorsque ces notions sont acquises, il faut accoucher la tumeur par la plaie abdominale. Pour obtenir ce résultat, nous nous servons d'un instrument spécial, que nous désignons sous le nom de *désenclaveur*, et qui a été construit sur nos indications par M. Collin.

Cet appareil très simple n'est autre qu'une sorte de tire-bouchon fait au moyen d'un simple fil d'acier enroulé ; il se termine par un anneau destiné à être saisi par le doigt d'un aide. Ce tire-bouchon doit être enfoncé dans la partie la plus saillante de la tumeur ; en tirant sur l'anneau on accouche celle-ci assez facilement, si elle n'est pas enclavée ; dans le cas contraire, l'instrument est simplement planté dans la tumeur, afin de permettre de la mouvoir, lorsqu'elle sera libérée des attaches qui la maintiennent enclavée ; dans ce cas l'opération se fera la tumeur restant dans le ventre, tandis que, dans le premier cas, elle se fera la tumeur étant en dehors du ventre.

Traitement des ligaments larges et isolement de la tumeur. — C'est la partie la plus importante de l'opération, celle qui fait l'originalité du procédé opératoire. Nous distinguerons 3 cas principaux : le fibrome est développé sur le fond de l'utérus et les ligaments larges sont accessibles ; le fibro-myome est enclavé et maintenu dans cette situation anormale par des adhérences ou par les ligaments larges contournés sur eux-mêmes ; enfin le fibro-myome est intra-ligamentaire. Voyons comment la tumeur sera enlevée dans ces trois cas.

1° *Tumeur libre du segment supérieur.* — C'est le cas le plus simple. Le désenclaveur est enfoncé dans la partie culminante de la tumeur et celle-ci est fortement attirée hors du ventre. De chaque côté sont les ligaments larges et les annexes. Le traumatisme pelvien sera réduit au minimum, puisque le col est petit ; en outre, la collerette pourra être courte, surtout si la vessie a conservé sa situation normale.

Une première pince-clamp droite sera placée à cheval sur le bord libre du ligament large d'un côté, au-dessous des annexes, à la hauteur de la future collerette. Le bec de cette pince sera dirigé horizontalement jusqu'au contact de l'utérus. A 15 millimètres au-dessus de cette première pince, une deuxième pince droite sera placée, toujours sous les annexes, de la même manière, et dans le but d'empêcher le sang de retour. Il suffira alors de sectionner le ligament large, saisi entre les deux pinces jusque sur le muscle uterin. Cette section aura eu pour résultat de décapiter le ligament large de ses ailerons. Le ligament large du côté opposé sera traité de la même façon.

On exercera alors une traction sur la tumeur, qui se laissera soulever facilement, et on continuera le tracé de la collerette en passant en avant à 2 cm. au-dessus de la vessie et en arrière, en dirigeant l'incision transversalement, du point de section du ligament large d'un côté au même point de l'autre côté.

La collerette ainsi tracée sera disséquée avec les doigts ou les ciseaux ; sur les côtés, au niveau de l'insertion des ligaments larges, l'arcade artérielle, puis l'artère utérine, seront saisies avec des pinces ; le col utérin sera libéré tranquillement jusqu'au vagin qui devra être dénudé aussi dans une étendue de quelques millimètres pour rendre l'excision de la tumeur plus facile et plus sûre. Le vagin sera reconnu à sa dépressibilité spéciale au-dessous du museau de tanche, à son aspect blanchâtre, moins vasculaire que le col dénudé au-dessus, enfin à sa sonorité, facile à déceler en le percutant du bout du doigt.

Le vagin, une fois reconnu, sera ouvert au bistouri, puis sectionné tout autour du col avec des ciseaux. L'ouverture du vagin peut se faire sur un point quelconque, de préférence sur les côtés ou en arrière, ce qui aura l'avantage de permettre ultérieurement de compléter l'isolement du col utérin, de la vessie, si cet isolement n'a pas été suffisant.

2° *Tumeur enclavée dans le bassin.* — Si la tumeur enclavée est développée aux dépens du segment supérieur de l'utérus, il suffira de la désenclaver, en exerçant sur elle des tractions énergiques sur le désenclaveur. On rentrera alors dans le cas précédent. Quelquefois, on devra favoriser le désenclavement, en pratiquant *in situ* la section d'un ligament large, ou des deux s'ils sont accessibles.

Si la tumeur enclavée est développée aux dépens du segment inférieur, l'opération devra se faire dans le ventre. Le désenclaveur sera enfoncé dans la partie la plus saillante de la tumeur ; les ligaments larges, s'ils sont accessibles, seront incisés sur une pince coudée, plus facile à manœuvrer dans le fond du bassin ; il sera bon aussi, dans ces cas-là, d'enlever les annexes comme nous avons coutume de le faire pour les suppurations des annexes (1) ; la 2° pince destinée à empêcher le sang de retour sera verticale sur l'angle utérin et, partant, beaucoup moins gênante.

On commencera alors le tracé de la collerette. Celle-ci devra être plus grande que dans les cas précédents, puisqu'elle devra refermer une cavité plus considérable. Pour ses dimensions, on se préoccupera seulement de la vessie qui, dans certains cas, peut être entrainée jusqu'au niveau de l'ombilic.

(1) Voir *Semaine gynécologique*, n°° 34, 35, 1898.

(2) D'après les *Archives provinciales de Chirurgie*, août 1895, et tirage à part 1896, par Delagénière. C'est l'exposé presque textuel fait par l'auteur lui-même.

(1) Voir *Arch. Prov. de Chir.*, mars 1895, fig. 5 et 6.



Le sommet de la vessie reconnu, on commencera un peu au-dessus une incision circulaire qui se portera sur les côtés vers le bec des pinces coudées et passera en arrière transversalement derrière la tumeur. La vaste collerette ainsi ébauchée sera disséquée et isolée de la tumeur ; des tractions seront exercées au fur et à mesure sur la tumeur dont le doigt suivra les moindres contours, de façon à l'isoler du plancher pelvien jusqu'au contact du col. Le volume de ce dernier peut être fort variable, suivant son état de dilatation, suivant aussi la situation du fibrome qui peut être en partie accouché dans le vagin, ou bien encore, avoir son point de départ dans le col lui-même.

Dans ces cas de tumeur enclavée du segment inférieur, le temps de l'opération le plus difficile est l'isolement de la tumeur pendant la traversée du plancher pelvien ; en revanche, le vagin est facile à trouver et à ouvrir.

3° *Tumeur incluse dans le ligament large.* — La difficulté est de reconnaître cette variété de tumeurs, lorsque le ventre est ouvert. On devra rechercher les annexes de chaque côté, déterminer la situation du fond de l'utérus et, par suite, le siège probable de la tumeur.

On pratiquera sur le grand axe de la tumeur, dans la direction normale du ligament large, une incision qui pénétrera d'emblée jusqu'à la tumeur ; les bords de cette incision seront décollés de chaque côté, puis le désenclaveur enfoncé dans la masse. En exerçant d'une part des tractions et, d'autre part, en décollant la tumeur, on arrivera à la faire sortir par l'incision pratiquée sur le ligament large qu'il suffira de décapiter dans une hauteur suffisante pour le ramener aux dimensions habituelles des ligaments larges décapités et décollés. Le ligament large du côté opposé sera traité comme à l'ordinaire et la tumeur enlevée comme d'habitude, c'est-à-dire énucléée de sa collerette.

Quand l'opération est terminée, il existe d'un côté de la collerette un ligament large dont les deux feuillets sont décollés, les vaisseaux utéro-ovariens ont été pincés au fur et à mesure de leur section. On pourra les lier séparément, ou mieux, faire un pédicule qui rétrécira l'excavation formée par le ligament large dédoublé. Il suffira de fermer ensuite par un surjet le ligament large de telle sorte que, l'opération terminée, l'excavation pelvienne présentera toujours le même aspect.

Il résulte de ce qui précède que, quelle que soit la variété de la tumeur, le procédé de la collerette est applicable et que les cas les plus difficiles peuvent être menés à bien, sans faire courir des dangers plus grands à la malade et sans nécessiter des tours de force de la part de l'opérateur.

Hémostase. — L'hémostase est la partie délicate de l'opération. Les quatre sources artérielles nécessitent quatre pédicules, deux pour les vaisseaux utéro-ovariens saisis par la pince clamp ; deux autres pour les deux artères utérines qui ont été repérées avec une pince pendant l'isolement du col.

Le pédicule des vaisseaux utéro-ovariens se fait exactement de la même façon que dans la castration abdominale totale pour suppurations pelviennes. Nous l'avons décrit en détails et ne saurions mieux faire que de renvoyer le lecteur à notre précédente publication (1). C'est, en un mot, un pédicule formé par la portion décapitée des ligaments larges. Il a l'avantage de reconstituer en partie le ligament large sectionné et, par suite, de réduire l'ouverture pelvienne aux seules dimensions de la collerette.

La ligature des artères utérines est très simple, à la *condition d'avoir isolé le vaisseau avec une seule pince.* Il arrive en effet fréquemment, pendant l'isolement du col, de blesser l'artère utérine dans 2 ou 3 points de son trajet ; chaque fois, un jet de sang ; chaque fois aussi, une pince ; de sorte que la tumeur enlevée, l'artère utérine se trouve prise par 2 ou 3 pinces superposées et souvent mal placées. De ces 3 pinces, une seule est nécessaire ; c'est en général la plus profondément située. On s'en rend compte en déplaçant la pince et en supprimant de suite les 2 autres qui sont inutiles. Lorsque l'artère utérine est bien prise, on la lie avec un fil de soie que l'on a soin de passer dans la paroi vaginale pour éviter tout glissement.

On est quelquefois obligé de placer deux ou trois fils sur des vaisseaux vaginaux qui donnent dans le fond de la plaie.

Enfin, pour diminuer les surfaces cruentées et éviter autant que possible les résorptions locales, il est bon de placer, en avant et en arrière, 3 ou 4 points de sutures réunissant le bord de la collerette au vagin et faufilant les parties cruentées. Lorsque les fils sont placés, il n'y a plus le moindre suintement sanguin. La collerette, dont les rebords sont invaginés, est seule béante au fond de l'excavation. Il suffira d'introduire dans le vagin un tampon de gaze hydrophile stérile, puis de suturer la collerette par un surjet adossant bien exactement les feuillets séreux l'un à l'autre (1).

L'opération est dès lors terminée, comme toute laparotomie, par la fermeture de la paroi à trois étages.

Nous avons toujours en recours au drainage péritonéal, non sans la conviction qu'il ne puisse être un jour supprimé. Néanmoins, nous croyons prudent de drainer, en raison de la quantité parfois très considérable de liquide séro-sanguinolent qui s'écoule par le tube après l'opération. En tout cas, ce drainage est momentané ; le tube est enlevé au bout de 48 heures, de sorte que sa présence ne nuit aucunement à la malade et ne complique en rien sa convalescence.

Delagenière a modifié son opération de la façon suivante (2) :

1° *Préparation de la malade.* — Le pansement vaginal comprend : 1° des attouchements des parois vaginales avec l'alcool au sublimé à 1 p. 100 et ensuite avec une solution de sublimé au millième, puis on pratique un tamponnement lâche du vagin avec la gaze iodoformée.

2° *L'hémostase.* — Delagenière fait 4 pédicules pour les 4 troncs artériels. Pour les artères utéro-ovariennes il ne fait plus — comme au début — le pédicule au commencement de l'opération. Il termine, au contraire, l'hémostase par ces pédicules.

Pour les artères utérines, il a adopté les règles suivantes :

L'artère et ses nombreux rameaux ont été repérés par des pinces au cours de la dissection de la collerette. Et, au lieu de chercher à isoler sur une seule pince le tronc artériel, il passe dans la paroi latérale du vagin, parallèlement à la section circulaire, une anse de soie moyenne. Toutes les pinces placées sur l'utérus et ses branches sont renversées vers l'axe du bassin, afin de permettre de nouer les chefs du fil en dehors des pinces. Le nœud est fait pendant qu'il enlève en bas les pinces. Il en résulte une sorte de pédicule latéral fixé au vagin.

Lorsque les 2 artères utérines sont ainsi liées, il n'y a plus que la section vaginale qui donne encore un peu de sang. Delagenière passe, comme Martin, trois anses de soie en avant et en arrière, pour relier la branche vaginale au bord de la collerette.

Les trois anses doivent prendre toute la tranche vaginale.

3° *Soins consécutifs.* — Le drain ne doit pas rester en place plus de 48 heures.

Delagenière recommande d'enlever le tamponnement vaginal quelques heures après l'opération et de le renouveler. On en mettra un autre chaque jour pendant 5 ou 6 jours, puis on fera des injections vaginales.

Nouveau procédé de Richelot (3). — 1° Extériorisation de la tumeur au moyen d'une ou deux pinces placées sur le fond : une large valve, derrière le pubis, donne du jour : les annexes sont attirées au dehors, et les ligaments larges exposés symétriquement. 2° Enucléation ou incision médiane préliminaire de tout fibrome qui masque le champ opératoire. 3° Incision transversale du péritoine antérieur « au point où le revêtement séreux du corps utérin se détache du tissu musculaire et devient mobilisable sur la face antérieure du col ». Décollement, avec le doigt, de la séreuse et de la vessie, jusqu'au point où l'utérine est aperçue par transparence au sein du tissu paramétritique ; 4° pinces longuettes, une en dehors des annexes, et une sur la corne utérine : section de la portion du ligament large, ainsi couverte, au ras de la pince externe. Une 2e, puis une 3e pince, sont placées à la suite, la 3e saisissant l'utérine, et on achève la section du ligament large, au ras de l'utérus jusqu'à l'insertion vaginale. 5° « Avec des ciseaux, dirigés obliquement vers le museau de tanche, on coupe l'insertion vaginale au jugé, pour ainsi dire, en pénétrant un peu dans le tissu utérin, de telle façon qu'il en reste à chaque lèvre de la plaie

(1) *Arch. Prov. de Chir.*, mars 1895. — Voir *Fig.* 7, 9, 10, 11, 12, et 13.

(1) Voir *Arch. Prov. de Chir.*, mars 1895, *Fig.* 13.
(2) Delagenière. (*Archives provinciales de chirurgie* 1891, p. 645.)
(3) Richelot. *Revue de Gyn. et de chir. abdom.* n° 2, 1897, *Annales de gyn. et d'obstétrique*, 1897, et Angelesco. *Th. de Paris*, déc. 1897.



vaginale : ceci rendra plus facile l'affrontement et l'occlusion »; chaque lèvre de l'incision vaginale est saisie dans une pince à traction. 6° Des ligatures au catgut sont substituées aux pinces. 7° Fermeture de l'ouverture supérieure du vagin par 3 points de catgut, moins pour préserver de l'infection, qui n'est pas plus à craindre que dans une hystérectomie vaginale, que dans le but de parfaire l'hémostase. Enfin, suture du lambeau péritonéal antérieur au postérieur de manière à isoler le moignon vaginal et à clore complètement la cavité abdominale.

Procédé de Terrier (1).

Cœliotomie, la malade étant dans la position de Trendelenburg: Extériorisation de la tumeur en haut et en avant, à l'aide du tire-bouchon de H. Delagenière.

1er *temps*. Ligature double des annexes des deux côtés. Un fil est placé sur le pédicule tubo-ovarien, l'autre, sur le bord de l'utérus. Section et excision des annexes entre les deux ligatures doubles.

S'il y a inflammation des annexes, l'opérateur pratique l'ovario-salpingectomie et place une double ligature, en chaîne et définitive, sur les deux pédicules.

2e *temps*. Confection en avant, puis en arrière de l'utérus, d'un lambeau péritonéal, convexe en haut et se terminant, à droite et à gauche, au niveau des pédicules utéro-ovariens liés.

Le décollement, facile en avant, plus difficile en arrière, se poursuit aussi loin que possible jusqu'au niveau probable des insertions vaginales autour du col. Les lambeaux sont repérés et maintenus par des pinces à pression.

3e *temps*. Pincement des ligaments larges au ras, à droite et à gauche, du col. Ablation de la plus grande partie de la tumeur par une amputation sus-vaginale.

4e *temps*. Ouverture du cul-de sac du vagin sur une pince courbe placée en avant, puis en arrière, du col.

Le moignon utérin est saisi avec une forte pince de Richelot et attiré en haut. On cherche, par la cavité abdominale, l'extrémité de la pince introduite par la voie vaginale et on incise les tissus en rasant le col et en ouvrant le cul-de-sac antérieur.

Même manœuvre, plus difficile, pour le cul-de-sac postérieur.

5e *temps*. On substitue à la pince, placée sur chaque côté du col, deux ligatures en chaîne.

Le col, libéré du vagin en avant, puis en arrière, est alors isolé sur les parties latérales et enlevé.

Si quelques artérioles du vagin donnent du sang, on les lie.

6e *temps*. Suture de la paroi vaginale antérieure à la paroi postérieure. Par-dessus ce premier plan de sutures, occlusion de la cavité sous-péritonéale en suivant, par un long surjet, les deux lambeaux péritonéaux. Le surjet doit commencer en dehors d'un des pédicules et finir en dehors de l'autre.

M. Terrier procède absolument comme Delagenière quand il enlève par la voie abdominale soit un utérus cancéreux, soit la matrice dans un cas de grossesse extra-utérine.

Procédé de Delaunay (2). — Extériorisation de la tumeur, au moyen de la grande aiguille de Péan. Hémostase des deux ligaments au moyen de 2 longues pinces et section entre les deux : Ligature élastique et section au-dessus. Décollement de la vessie et ouverture du cul-de-sac vaginal antérieur sur une pince introduite par le vagin. Incision circulaire du vagin au ras du col avec hémostase préventive au moyen de pinces, et extirpation du pédicule.

Les pinces du ligament large sont remplacées par des ligatures et celles de la tranche vaginale par un surjet à la soie.

Pas de suture péritonéale. Drain vaginal.

Procédé de Schwartz (3). — Une pince est fixée sur le col pour le fermer et faciliter sa désinsertion. Double rangée de ligatures sur les ligaments larges et section entre les deux. Incision du péritoine antérieur et décollement de la vessie, ligature élastique aussi bas que possible ; résection de la tumeur et cautérisation du moignon. Ouverture des culs-de-sac antérieur et postérieur sur une pince vaginale. Le moignon n'est plus fixé que par la base des ligaments larges qui sont pincés et sectionnés, puis il est enlevé par l'abdomen. La cavité reste ouverte dans le vagin, et on draine à la gaze iodoformée.

Procédé de Ricard (1). — Isolement et extériorisation de la tumeur; pincement et section, de l'artère utéro-ovarienne droite, puis effondrement du ligament large jusqu'à la voûte vaginale, ce qui permet de pincer et de couper l'utérine. Même manœuvre à gauche. Incision du péritoine antérieur, et refoulement de la vessie vers le pubis : Ouverture du cul-de sac péritonéal le plus accessible. Désinsertion du vagin en pinçant, au fur et à mesure, les vaisseaux qui donnent.

Extirpation de la tumeur. Remplacement des pinces par des ligatures.

Ricard ne ferme plus le péritoine et bourre le vagin par l'abdomen, avec une compresse stérilisée.

Hall (2) emploie le même procédé, avec cette différence que les 2 lambeaux péritonéaux sont suturés au catgut et retournés dans le vagin.

Procédé de Jonnesco (3). — Libération et extériorisation de la tumeur. Double ligature, et section intermédiaire, de la partie supérieure des ligaments larges et des ligaments ronds. Incision du péritoine antérieur et décollement de la vessie. Ouverture directe, aux ciseaux, du cul-de-sac vaginal antérieur. Saisie du col, par cette ouverture, au moyen d'une pince. Isolement, ligature et section des utérines à 1 cm.1/2 ou 2 du col. Désinsertion du vagin et exérèse en bloc.

En cas d'opération aseptique, clôture de la cavité pelvienne en surjet : dans le cas contraire, drainage vaginal à la gaze stérilisée. Suture abdominale en 4 plans.

Nouveau procédé de Jacobs (4). — Extériorisation de la tumeur au moyen de l'appareil de Reverdin. Ligature des utéro-ovariennes en dehors des annexes et section des ligaments larges jusqu'à la partie sus-vaginale du col : isolement et ligature des utérines. Incision du cul-de-sac postérieur, puis du cul-de-sac antérieur, sur le doigt introduit par la boutonnière postérieure. Libération latérale et extraction de la tumeur. Suture du vagin aux bords correspondants du péritoine et des feuillets du ligament large au-dessus des moignons artériels. Drainage vaginal.

Procédé de Delbet (5). — Ligature du bord externe du ligament large et pince sur la corne utérine : section jusqu'à la partie inférieure de l'utérus. Incision péritonéale en avant et en arrière, jusqu'aux ligaments larges : décollement de la vessie et du rectum. Ouverture du cul-de-sac le plus accessible et incision de l'autre, au bistouri, par la boutonnière. Section des deux pédicules sans hémostase préventive et pincement à mesure qu'on sectionne. Remplacement des pinces par des ligatures. Fermeture du péritoine par un surjet.

Procédé de Poirier (6). — « L'abdomen ayant été incisé, je fais sortir le fibrome, si cela est possible : après avoir pincé et lié les vaisseaux utéro-ovariens de chaque côté, j'incise transversalement le péritoine, d'un ligament large à l'autre, sur la face antérieure de l'utérus, et je décolle le péritoine et la vessie jusqu'à ce que je sente, à travers la paroi vaginale, une pince placée au préalable sur le museau de tanche. Ceci fait, et la vessie étant rabattue vers le pubis, je vois les crosses utérines, et souvent les uretères qui les croisent, je lie les vaisseaux utérins de chaque côté. Défonçant alors la paroi antérieure du vagin sur la pince repère, je saisis le col avec une pince et, soulevant ce col, je désinsère aux ciseaux tout le pourtour du vagin ; cette section du vagin donne peu de sang, et l'utérus est enlevé avec une remarquable facilité.

L'opération est simple, rapide, facile, elle ne fait courir

(1) TERRIER. *Congrès de chir. de Paris*, 1896 et 1897.
(2) DELAUNAY, *Cong. de chir. de Lyon*, 1894, et ANGELESCO, *loc. cit.*
(3) SCHWARTZ, *Soc. de chir.*, 22 mai 1895, et ANGELESCO, *loc. cit.*

(1) RICARD. *Soc. de chir.*, 6 juin 1895 : *Congrès de chirurgie*, Paris, 1896.
(2) HALL. *J. of am. Ass.*, juin 1894, et ANGELESCO, *loc cit.*
(3) JONNESCO. *Congrès de Moscou*, 1897, *Sem. gyn.*, 1897, n° 38. *Cong. de chirurgie de Paris*, 1897.
(4) JACOBS. *Bullet. de la Soc. belge de Gyn. et d'obst.*, 1897, et ANGELESCO, *ibid.*
(5) DELBET. *Cong. de chir. de Paris*, 1896, et ANGELESCO, *ibid.*
(6) POIRIER. *Deuxième Congrès de Chirurgie de Paris.* Paris 1896, p. 858.



aucun risque à la vessie ni aux uretères et ne comporte qu'une perte insignifiante de sang. Je l'ai exécutée quatre fois seulement; une de mes opérées, qui portait, avec un gros fibrome, des annexes suppurées dont l'énucléation fut fort difficile, a seule succombé. »

Procédé de Goullioud (1). — Après extériorisation de la tumeur, formation d'un pédicule des vaisseaux utéro-ovariens, par transfixion du ligament large, avec le doigt, et section entre 2 pinces. Incision du péritoine antérieur et postérieur en ne laissant qu'un très petit lambeau; décollement de la vessie et du rectum. Formation, avec le doigt, d'un pédicule utérin et section, comme au-dessus, entre deux pinces longuettes. On évite de perforer la vessie ou le vagin en introduisant comme indicateurs, dans ces cavités, 2 bougies d'Hégar de calibre différent. Dénudation du vagin sur une hauteur de 2 cm., de manière à pouvoir placer 2 pinces coudées en L au-dessous du col, et à obturer ainsi que le conduit. Celui-ci est sectionné au thermo-cautère entre les 2 pinces et la tumeur est enlevée avec une collerette vaginale. Remplacement des pinces par des ligatures passées par transfixion des pédicules.

L'hémostase faite, on enlève la pince en L qui fermait le vagin et on ferme le péritoine avec un surjet, à moins qu'il n'y ait indication à drainer.

Procédé de Montprofit (2). — La tumeur est attirée en haut et en avant au moyen d'une forte pince fixée sur le fond, de manière à allonger et tendre le vagin. Hémostase de la partie supérieure des ligaments larges et formation de la collerette péritonéale, comme Delagénière, et ouverture du cul-de-sac postérieur. Le reste de l'opération est fait à la manière de Doyen, avec cette différence que Montprofit ne fait la désinsertion du vagin que lorsque l'hémostase des utérines est assurée.

Procédé de Kelly (3), *dit procédé américain, modifié par Segond* (4). — Toutes les adhérences étant détachées, on porte à droite la tumeur, de manière à présenter le bord supérieur du ligament large gauche; on lie l'artère utéro-ovarienne sur l'aileron supérieur et on la pince près de l'utérus ; section entre les deux : même manœuvre pour l'artère du ligament rond, puis section du ligament large jusqu'à l'utérine. 2° On reconnait l'utérine gauche, on la libère et on la coupe entre une ligature en dehors et une pince en dedans. 3° En poursuivant le décollement au ras du col, on arrive sur l'insertion du vagin, dans lequel on arrive directement avec les ciseaux. Saisissant le col avec une pince, par cette ouverture, on l'attire en haut et à droite, on désinsère le vagin, puis on décolle la vessie de bas en haut en laissant une collerette péritonéale. 2° Par la traction du col en haut et à droite, on expose facilement l'utérine droite, qui est liée et coupée : on sectionne le ligament large de bas en haut jusqu'à l'aileron et on sectionne celui-ci, après ligature, comme on l'a fait pour le gauche au début. 5° La tumeur est alors complètement libérée et enlevée avec les annexes ; on fait, au besoin, la ligature de petites artérioles qui saignent, ou la suture en surjet de la tranche vaginale. Ordinairement Segond fait un surjet sur le péritoine et laisse le vagin ouvert : il fait les sutures à la soie et draine à la gaze iodoformée.

L'initiateur du procédé, Kelly, ne désinsère pas le vagin ; après avoir lié et coupé l'utérine gauche, il sectionne, au-dessous et transversalement, le col et arrive ainsi sur l'utérine droite qu'il lie et coupe. L'hystérectomie n'est donc pas rigoureusement totale : il isole le moignon par la suture du péritoine au-dessus et il n'est pas besoin de drainage, à moins qu'on ne le fasse par la cavité du moignon cervical.

Procédé de Hartmann (5). — Longue incision et isolement de la tumeur. Extériorisation des annexes des 2 côtés : une pince est placée immédiatement en dehors et une ligature jetée sur les vaisseaux utéro-ovariens ; section du ligament large entre les deux. Incision du péritoine antérieur, passant au-dessus du cul-de-sac vésico-utérin et sectionnant les ligaments ronds dont on lie les artères. Décollement de la vessie : renversement de la tumeur sur le pubis. Ouverture du cul-de-sac postérieur, d'avant en arrière, sur une pince vaginale entrouverte. Avec une pince, on soulève le col en haut et en arrière, par cette boutonnière agrandie d'un coup de ciseaux, et on diminue le vagin à la base du ligament large, de manière a éviter l'utérine. Avec le doigt, on reconnait l'utérine, qu'on prend dans une pince, et on sectionne le ligament au ras de l'utérus. Même manœuvre du côté opposé. On remplace les pinces par des ligatures, on suture avec un surjet les deux feuillets des ligaments larges et on réunit l'orifice supérieur du vagin par quelques points au catgut. Au besoin, drainage par l'angle inférieur de la plaie abdominale. Ce procédé dérive de ceux de Doyen et de Kelly.

Enfin Périer et Peyrot (1) emploient un procédé analogue à celui de Ricard et n'en différant que par le mode d'hémostase, qui est faite au moment de la désinsertion du vagin.

Tous ces procédés relèvent de 3 ou 4 types principaux et ne diffèrent entre eux que par quelque détail secondaire. Ces types sont, en ce qui concerne l'hystérectomie abdominale pure, ceux de Doyen, Delagénière, Kelly, Segond, Ricard.

Les méthodes abdomino-vaginales et vagino-abdominales ont des avantages et des succès et conservent des partisans fidèles. Mais l'hystérectomie abdominale totale pure est, théoriquement, l'opération de choix. Il y a tout intérêt à ne pas ouvrir la cavité utérine, à ne pas opérer, à la fois, par le vagin et l'abdomen et à enlever tumeur et utérus, en bloc, toutes les fois que cela est possible. En fait, la pratique semble d'accord avec la théorie et, sans entrer dans le détail des statistiques, toujours délicates à établir et à interpréter, qu'il nous soit permis de rappeler les chiffres fournis par Le Moniet (2) :

Méthode vagino-abdominale ;	mortalité...	15.78 %
— abdomino-vaginale ;	— ...	14.81 %
— abdominale ;	— ...	14.32 %

Mais, en même temps que les procédés se sont perfectionnés, que les opérateurs ont acquis plus d'expérience les statistiques se sont améliorées et Angelesco (décembre 1897) a pu réunir 561 cas d'hystérectomie totale, dont les 2/3 pratiquées en France et 1/3 à l'Etranger, avec une mortalité de 39, ou 6.9 %.

LA PRATIQUE DE LA LOI ROUSSEL

Ses lacunes.

Par le Dr L. SECHEYRON, Professeur agrégé.

Toute œuvre humaine, toute loi n'est point parfaite. Le temps, l'usage sont les grands maîtres qui déterminent les imperfections et rendent nécessaires les additions, les modifications. Malgré leur magnifique élan de philanthropie, les grands cœurs qui ont conçu la loi connue avec juste raison sous le nom de son rapporteur, le vénéré Dr Roussel, ont donné une œuvre sujette sinon à des retouches, du moins à des commentaires de pratique.

L'œuvre, reflet des idées de l'époque, est surtout administrative, 23 décembre 1874. La protection de l'enfant est soumise à l'Etat, mais sa santé fait l'objet d'une simple surveillance. Cette part de surveillance médicale est minime. Elle est enfermée dans cet article : « *Le médecin doit ensuite (après réception chez la nourrice) visiter l'enfant au moins une fois par mois et à toute réquisition du maire.* »

Cet article restreint, en principe, à douze visites par an, les visites obligatoires du médecin inspecteur.

Dans son dernier et beau rapport (3) M. Ledé établit que les visites par réquisition du maire se sont élevées au total à 1777 dans 46 départements. Ces visites ont été opérées, en outre des 621.194 visites des médecins inspecteurs faites à 110.811 enfants. Ce qui donne par deux enfants 11 visites de surveillance durant un séjour de 7 mois environ à la nourrice.

Cette surveillance, suffisante pour les enfants de bonne santé, est

(1) GOULLIOUD. *Cong. de chir. Paris*, 1896, et ANGELESCO, *loc. cit.*
(2) MONTPROFIT. *Cong. de chir.*, Paris 1896 et ANGELESCO, *loc cit.*
(3) HOWARD KELLY. *Bull. of the Johns Hosp.*, 27 fév. 1896. *Traduction* par S. BONNET. *Bull. de la Soc. obst. et Gyn.*, 1896.
(4) SEGOND. *Rev. de gyn. et de chir. abdom.*, n° 4, 1897, et ANGELESCO, *ibid.*
(5) HARTMANN. *Ann. de Gyn., et d'obst.*, juillet 1897.

(1) ANGELESCO, *loc. cit.*, p. 170.
(2) LE MONIET, *loc. cit.*
(3) La protection de l'Enfance en 1897. (Rapport à l'Académie de Médecine.)



impuissante à sauver un enfant débile exposé à toutes les misères par sa faiblesse congénitale, ou aux traitements défectueux.

Cette insuffisance de soins pour le nourrisson s'étend et pèse encore davantage sur les frères et sœurs de lait. Ces petits enfants auxquels la loi devrait réserver le droit au sein maternel pendant six mois sont les victimes désignées de cette nécessité inéluctable : l'allaitement par une mercenaire. Ces victimes ont encore plus droit à la surveillance que l'enfant allaité au sein. Leur sort n'est guère douteux : la mort les guette !

Les nourrices, les bureaux de placement ont besoin d'être au moins soumis à des règlements sévères. Il est permis de penser qu'une réglementation plus serrée a besoin d'être édictée.

Toutes ces considérations nous sont suggérées par le rapport de M. Ledé et par une thèse bien ordonnée, bien inspirée : celle du Dr Amans, de la Faculté de Toulouse, juin 1898. Le Dr Amans et avec lui son maître M. le Dr Bézy réclament une modification de la loi Roussel, dans le sens d'une large extension de la surveillance médicale.

Cette extension mise en œuvre pour diminuer la mortalité infantile, n'est possible que grâce à une organisation médicale nouvelle, et à la création d'un budget nouveau. Le budget à créer, telle est la véritable question, celle qui est à la base de toutes les œuvres nouvelles.

Le grand mérite de la loi Roussel est d'être d'un rouage peu cher, malgré ses complications. Elle fait surtout appel à la bonne volonté, à la charité de tous. L'inspecteur départemental est seul payé. Le préfet, les mairies — maire et secrétaire — les commissions locales, dames de charité et prêtre, pasteur, doivent prêter leur concours d'une manière bénévole (1). Quel est ce concours, quelle est cette organisation dans tous les départements, même dans ce département de la Haute-Garonne où nous avons l'honneur de posséder un médecin, le Dr Lautré inspecteur des enfants assistés, qui a pris à cœur cette œuvre d'assistance ? Partout, la même réponse à cette question. Les préfets sont des hommes politiques qui n'ont pas le temps matériel de mener à bien une œuvre qui demande une surveillance étroite. Je suis bien certain que beaucoup d'entre eux mettraient tout leur cœur à sauver les petits êtres dont le gouvernement les a faits le premier tuteur légal, à surveiller étroitement les rouages de la loi Roussel si l'instabilité des cabinets et la menace des changements ne les obligeait à la sauvegarde du présent et surtout du futur. Les inspecteurs chargés d'un service qui exige une connaissance profonde de la vie de l'enfant sont le plus souvent des hommes politiques ou administrateurs récompensés de leurs services. Ce fait est déplorable : il constitue un vice d'organisation à la base de tout le système. Il existe, puisque à part deux ou trois inspecteurs, tous les départements ont à la tête de ce service un homme orné de connaissances quelconques, peut-être administratives, mais à coup sûr peu médicales. Ce vice peut disparaître. Les médecins sont assez nombreux qui seraient heureux et dignes d'occuper ce poste d'honneur. Beaucoup de médecins politiques, conseillers généraux ou d'arrondissement brigueraient ce mandat et, à vrai dire, ils seraient mieux à leur poste que les inspecteurs actuels.

Cette loi Roussel est ignorée de beaucoup de communes. Cette affirmation soulèvera peut-être en haut lieu des protestations ; elle est néanmoins exacte. Il est préférable de la constater que de la nier. Hier encore, un maire d'une importante commune de la Haute-Garonne entendait parler de la loi Roussel pour la première fois ; il ignorait surtout l'existence de la commission locale, base de tout le système dans les campagnes. Quelques jours auparavant, je recevais un certificat de nourrice pour une nourrice allaitant son enfant, avec mention que son enfant était élevé au biberon. Le secrétaire avait compris qu'il fallait inscrire sur le certificat le mode de l'allaitement futur du frère de lait. Puis encore un médecin du Gers ignorait l'existence de ce service ; depuis plusieurs années il renvoyait à la préfecture les rapports faits sur les enfants assistés avec l'annotation : néant.

La loi Roussel, en principe, n'est pas coupable ; elle contient en germe l'œuvre magnifique tout entière. Mais ce germe a besoin de développement et la société tout entière doit concourir à sa fructification. La société a un devoir envers l'enfant moralement abandonné, malade, parce que l'enfant a droit à l'existence. La nation, c'est-à-dire l'État, les pouvoirs publics doivent faire valoir ce droit. Ils ne peuvent le faire valoir que par une organisation spéciale en décrétant l'assistance publique des nourrissons, comme elle a décrété l'assistance médicale gratuite aux indigents pour les maladies aiguës. J'ai été très heureux de retrouver ma pensée exprimée dans le rapport de M. Ledé, qui demande que tous les enfants soient inscrits à l'assistance médicale gratuite, conformément à l'article 1er de la loi du 15 juillet 1893.

La loi Roussel renferme, dans l'article 7 et 14 précité sur les visites médicales, ce lambeau de phrase qui mérite commentaire : « *et à toute réquisition du maire.* »

L'assistance médicale gratuite est en quelque sorte sous la dépendance, ou mieux sous la direction du maire, puisque la loi prévoit les inscriptions à faire d'urgence par son ordre. Pourquoi ne serait-il pas permis au maire d'envoyer le médecin de l'assistance gratuite sur la demande d'une nourrice ? Chaque année ou dès le début du nourrissage, la nourrice ferait inscrire son enfant sur la liste d'assistance médicale, à la condition, bien entendu, que les parents soient pauvres, que les enfants soient des pupilles de l'assistance hospitalière. Dans tous les cas, le maire pourrait avoir recours contre les parents dans des cas déterminés, tels que : erreur de fortune... Le médecin deviendrait ainsi le véritable protecteur de l'enfant. Si l'enfant a besoin d'une tutelle morale, il a également besoin de surveillance dans son hygiène, de soins spéciaux contre la maladie. Ces soins ne peuvent être donnés suffisants et assez nombreux avec l'organisation actuelle. L'inspecteur cantonal est incapable de suffire, surtout dans certains centres où fleurit le commerce de l'élevage des enfants.

Il faut donc faciliter les visites médicales, multiplier les médecins chargés non seulement de la surveillance, mais aussi des soins minutieux de la santé des enfants. Le moyen est bien simple : il suffit de se régler sur le mode d'assistance médicale particulier adopté par chaque département ; le mieux même serait de donner à chaque médecin de l'assistance médicale, à tous les médecins, chargé des enfants suivant le choix des parents, des nourrices ou de l'administration hospitalière.

Ce système de donner des soins à tous les enfants en nourrice soulève certainement de nombreuses objections en dehors de la question budgétaire que nous examinerons plus loin. D'abord, quelle serait la limite de la protection imposée par la loi ? Une loi est toujours une chaîne qui blesse quelqu'un, il faut donc restreindre autant que possible le nombre des personnes lésées, mais il est impossible de rejeter une loi d'intérêt général sous un prétexte semblable. Le nombre des parents qui refuseraient les bienfaits de cette surveillance médicale seraient fort rares, car l'enfant est le trésor précieux dont on abandonne à grande peine la garde. Les mauvais parents refuseraient, mais la loi punit les sévices contre les enfants ; il faudrait donc faire taire les mauvaises volontés et leur imposer les visites médicales, substituer à leur défaillance la protection de l'État. L'éloignement de la famille est déjà une abdication des droits sur l'enfant. En vertu même de leur titre, les parents auraient la libre faculté du choix du médecin ; il est donc nécessaire que chaque médecin puisse être choisi par les parents et être relié au service général de l'Assistance publique, au médecin-inspecteur départemental. Ce lien peut faire naître une objection véritable sur la nature, la puissance de ce lien. Le lien d'union serait un livret de nourrissage avec des feuillets numérotés divisés en deux parties. Une partie formerait le livret à souche : la seconde serait détachable et pourrait être envoyée à l'inspecteur départemental, sinon à toutes les visites au moins chaque trimestre ou semestre. Ces feuillets serviraient plus tard pour établir la comptabilité. L'inspecteur saurait ainsi l'état de l'enfant au jour le jour, il aurait le contrôle presque mensuel de ses enfants surveillés. Ce système a été adopté et fonctionne dans la Haute-Garonne auprès des médecins cantonaux, grâce à l'intelligente initiative de notre excellent inspecteur, M. le Dr Lautré (in thèse Amans).

Le secret professionnel ne serait pas violé, puisque le feuillet ne contiendrait pas désignation de la maladie : le pronostic seul pourrait être inscrit sur le feuillet. Toutefois, je crois que dans les cas graves ou contagieux, il y aurait un intérêt majeur à dresser un rapport spécial. L'inspecteur-médecin serait tenu au secret à un double titre. Toutefois, j'estime que dans le cas où le médecin serait choisi par les parents, le médecin ordinaire devrait juger dans sa conscience de l'opportunité de garder le secret médical même envers son confrère, son supérieur hiérarchique chargé de rassembler les documents intéressant les pupilles de son département. L'indication du pronostic serait suffisante.

Cette véritable ingérence de l'État dans ce coin de la famille froisse peut-être nos idées, à coup sûr, elle les froisse moins qu'au moment de l'édiction de la loi Roussel. Nous sommes peu à peu poussés par les idées sociales qui créent des droits de protection pour les déshérités de la vie, les malades, les infirmes, les petits. Il y a autour de nous un rayonnement non de pitié, de commisération, mais de revendications justes si elles sont inspirées par l'esprit d'amour et de fraternité, injustes et dépassant la mesure si elles s'élèvent au nom de l'envie haineuse. L'amour et la haine sont deux leviers égaux parfois en puissance, mais la haine efface et détruit la fraternité, le droit au secours du semblable. L'État est le protecteur naturel de ceux qui souffrent, des enfants plus ou moins abandonnés. Les parents n'ont la toute puissance qu'à la condition d'en user pour le bien de l'enfant : le parent déchoit de cette puissance s'il ne veille pas à ce bien, et celui qui aimera

(1) Ces dépenses se sont élevées pour l'année 1896 à 1,831,515 pour 79 départements. Voici la répartition des frais : in Ledé.

Inspection médicale	60. %	
Secrétaire de mairie	8.6	25 %.
Juges de paix	4.30	
Imprimés	4.05	
Service de Préfecture	8.03	

son enfant sera bien aise de savoir la santé de l'enfant garantie par une double surveillance, par celle de son médecin et celle de l'inspecteur.

Le véritable point de la question est le budget à créer. La carte à payer par l'Etat,le département, la commune,serait considérable sans doute. Une vie d'enfant est une vie d'homme, une valeur qui se calcule s'il s'agit d'assurances, de recours contre les accidents, de statistique, et qui défie tout calcul si l'on considère que la vie humaine est le *capital du capital, le capital de tous les capitaux*, selon la parole profonde d'un ministre d'état, M. Bourgeois. Cette brève définition si philosophique a été donnée dans une réunion du conseil supérieur d'hygiène. M. le Prof. Caubet l'a rappelée en quelques paroles émues au cours de l'exposé des bienfaits de la loi Roussel durant la soutenance de la thèse du Dr Amans qu'il présidait. Ce capital des capitaux est notre avenir; il doit constituer les régiments destinés à la défense des frontières, et mieux encore à la prospérité générale, au développement et à la gloire de la patrie. On peut donc soupeser le poids d'argent nécessaire à sa conservation, et sans vouloir établir la balance entre deux poids dont l'un est incalculable, on peut rechercher le prix des soins à donner aux enfants pauvres, déshérités en nourrice. L'estimation nous est facile. En 1896, 180.000 étaient placés en nourrice dans 82 départements. M. Ledé a calculé que dans les années 94, 95, 96, 21.71 % des enfants nouveau-nés avaient été placés en nourrice. Paris pourrait revendiquer 22.74 % de l'effectif total des enfants protégés en France 1896 (41.111 sur 180.557). Prenons pour la France entière le chiffre de 200.000 enfants à soigner; établissons à 20 fr. le prix des soins médicaux et pharmaceutiques, nous formons un total de quatre millions pour les soins à ajouter aux deux millions coûtés par l'inspectorat : soit six millions. Ces six millions répandus dans toute la France assureraient les soins et souvent la vie à quantité d'êtres abandonnés de tous, de la mère qui n'est pas auprès d'eux, de la nourrice pauvre qui redoute les visites médicales, les remèdes à payer. La part du pharmacien serait minime, puisque l'eau et le lait sont les meilleurs médicaments, presque les seuls. Mais, avec cet argent, il serait possible de répandre l'usage du lait stérilisé par tous les moyens : dispensaires, crèches, appareils à domicile. La propreté des langes, des couches, des berceaux pourrait être mieux assurée. Dans chaque département, un dépôt des objets de première nécessité pour le nourrisson pourrait être créé à côté du bureau de l'inspecteur. Là, se ferait la distribution sur bon.

Ces bons pourraient être distribués par les soins des Commissions communales ou cantonales.

Ces Commissions auraient de très hautes fonctions, puisqu'à elles reviendraient la part de surveillance morale des enfants et du milieu dans lequel ils seraient appelés à se développer.

Ces Commissions existent; je crains bien qu'elles s'ignorent elles-mêmes dans un grand nombre de communes, parce que jamais les préfets, sous-préfets ne les ont rappelés à l'existence, ayant une besogne plus pressée, plus politique sur leurs bras.

La Commission actuelle comprend deux mères de famille, le curé ou pasteur; et, le médecin n'y entre que pour sa voix consultative. Le maire n'est pas nommé comme membre de droit; le préfet nomme, révoque à son gré, les membres de la Commission dont il limite, fixe le nombre. Cet article est conçu dans un esprit trop étroit. Le médecin ou les délégués du corps médical, le maire ou son délégué devraient être membre de droit à un titre au moins égal aux mères de famille, au curé. Je renverserai même les rôles, volontiers je donnerai à cette partie de la Commission la voix consultative seulement. Au point de vue strict,la voix de ceux qui peuvent donner des conseils intéressant la vie de l'enfant nouveau-né doit avoir plus de poids que la voix de ceux qui ne peuvent exercer qu'une surveillance morale. J'entends bien que le moral de la nourrice, la tenue de sa maison, des linges de l'enfant exerce une grande influence sur la santé générale du nourrisson : c'est même à ce titre, que je me garderai de demander la suppression de ces surveillants comme le désire le Dr Amans et d'autres personnes. M. le Pr Brœmer préfère l'instituteur au curé, au pasteur. Bien que l'instituteur doive avoir plus tard charge de l'intelligence, de l'éducation de l'enfant, je crois néanmoins que cette mission morale relève plutôt du prêtre, du pasteur dont l'autorité en cette matière sera plus grande auprès de l'entourage du nourrisson.

En raison des conflits possibles, le prêtre et l'instituteur ne peuvent être mis en présence dans un grand nombre de localités. Le mieux cependant serait leur réunion pour cette œuvre si charitable, si patriotique.

Part prépondérante à tous ceux qui peuvent imposer les simples notions d'hygiène, de puériculture, part prépondérante au médecin dans le Conseil ; telle est la réforme nécessaire.

Il ne faut pas la refuser sous le prétexte que le médecin, dans bien des circonstances, sera juge et partie, car, s'il y arrive quelque contestation, il y aura pour la vider,au-dessus de la Commission communale ou cantonale, celle du département.

La Commission locale a reçu de hautes fonctions; ces fonctions devraient être même plus étendues ; les Commissions devraient être les intermédiaires naturels entre les nourrices et les nourrissons. Toute candidate-nourrice devrait se faire inscrire sur un livre spécial ouvert dans chaque canton, et sa demande devrait être collationnée au bureau de l'inspection départementale.

Le livre, légère modification du registre des Commissions locales ordonné dans la loi Roussel, devrait être déposé au siège de la Commission locale, à la commune. Toute nourrice ne pourrait être inscrite que grâce à un certificat émanant d'une personne autorisée, médecin ou sage-femme. M. le Pr Bézy désire la signature simple du médecin ; je ne vois pas grand mal à laisser donner le certificat par les sages-femmes. Dans certains pays fertiles en nourrices, pays de montagnes en particulier, les sages-femmes sont en relations constantes avec les nourrices ; elles peuvent aider au recrutement des nourrices et décharger le médecin d'une besogne stérile. Ce certificat ne pourrait,du reste,avoir qu'une valeur limitée ; la nourrice serait indiquée à la famille, à son médecin,avec l'estampille du gouvernement mais brevetée sans garantie.

Toute nourrice serait munie d'un livret de nourrissage, réforme auquel j'attache une importance capitale, de premier ordre. Ce livret analogue au livret de famille indiquerait aux yeux de tous la valeur de la nourrice. L'indication du nombre des jours de maladie du nourrisson, de la mère,les notes générales laissées par le médecin ordinaire, par l'inspecteur seraient des témoignages irrécusables de la supériorité, ou de l'infériorité de la nourrice. Ce livret devrait être annoté par le médecin de l'enfant et ainsi pourraient être inscrites sur la page du livre des nourrices la date de la fin du sevrage ou du nourrissage et la cause de la cessation, une note générale sur l'état de l'enfant, son poids. Cette page des états de service de la nourrice donnerait plus tard à la nourrice toute sa valeur : ainsi se trouveraient éliminées les mauvaises nourrices ; celles qui se présenteraient sans leur cahier de nourrissage seraient suspectes comme le sont au baccalauréat les infortunés candidats honteux de leurs notes et cachant leur livret de scolarité. Ce livret de nourrissage serait un moyen de défense de la Société. Grâce à lui,le médecin de la famille connaîtrait d'une manière sûre les antécédents de la nourrice au moins au point de vue des allaitements antérieurs. Il verrait si une mère doit livrer son enfant à une femme, à une garde qui a laissé périr auprès d'elle plusieurs enfants ou dont les enfants ont été de longs jours malades. J'admets qu'il faut faire une large part à la constitution des enfants, à la mortalité infantile, mais le médecin consciencieux fera mettre sur le livret mention générale de la responsabilité de la nourrice, de la garde. Une notation chiffrée, un seul chiffre — 1 à 5 par exemple donnerait la mesure des espérances à fonder sur la nourrice. Ce chiffre n'engagerait pas, croyons-nous, la responsabilité du médecin soit envers le passé et encore moins envers le futur. Le médecin et la sage-femme se refuseraient tous les premiers à donner un certificat qui permettrait l'inscription sur le livre de la mairie d'une femme n'offrant aucune garantie pour faire une nourrice suffisante saine. Les syphilitiques, les véritables perles pour les petits hérédo-syphilitiques, seraient soigneusement notées et inscrites ; car, elles pourraient rendre des services précieux : bien entendu, un signe connu seulement des intéressés servirait d'indice. Le certificat pourrait en définitive être assimilé à une ordonnance pour syphilitique où les remèdes nécessaires sont indiqués avec mention connue du médecin, du pharmacien, et chaque malade est libre de montrer l'ordonnance signée selon son bon plaisir.

Ce livret-registre de la Commission locale, ces livrets de nourrissage, seraient un acheminement à la suppression des bureaux de nourrice qui n'auraient qu'une raison secondaire. La placeuse est l'intermédiaire entre la nourrice et la famille : si la famille peut regarder au livret-registre des nourrices de la Commission locale ou départementale, elle n'aura qu'à faire un choix. La placeuse pourra du reste exercer son métier,puisqu'elle pourra faire bien des démarches n'intéressant la famille qu'à un point de vue matériel : conditions financières,de moralité, de la situation de la maison, de la valeur hygiénique du milieu.

Dans tous les cas, si la placeuse n'est pas supprimée, du moins n'aura-t-elle à montrer que des nourrices munies de livret de certificat. La famille, le médecin ne seront plus exposés à reprendre des nourrices renvoyées pour insuffisance de lait, allant de nourrissons en nourrissons, puisque, je le répète, le livret de la nourrice renvoyée devra autant que possible être signé d'un médecin, ou d'un membre de la commission locale d'origine, et porter une indication générale de la valeur, véritable certificat en l'espèce.

L'absence de signature à la fin du nourrissage sera cause de suspicion et les nourrices bonnes ne se sépareront pas du nourrisson sans avoir réclamé leur passeport.

A la première page du livret de la nourrice, il serait bon de placer une instruction générale sur les soins à donner aux nourrices, à leurs seins en particulier, à l'enfant élevé au sein ou au biberon. Ces instructions devraient concerner l'hygiène générale de l'enfant jusqu'à deux ans. Cette publicité aurait les plus sérieux avan-



tages. Le premier de tous serait de donner aux instructions la valeur d'un imprimé : la parole vole et souvent le vulgaire n'a qu'une mince considération pour elle. L'impression frappe et grave d'une manière d'autant plus profonde que la lecture répétée burine, accentue le trait dans l'esprit.

Toutes ces considérations sont dictées par le sentiment de la valeur sociale de l'enfant. Ce sentiment s'empare de tout esprit qui réfléchit sur les misères sans nombre, les maladies, les infirmités, prêtes à fondre sur l'être venu au monde sans défense, sans abri, abandonné parfois par son protecteur le plus naturel, la famille, la mère.

Il faut défendre ces vies aux premiers vagissements, les défendre contre des nourrices sans scrupules, des placeuses vicieuses telles que certaines qui vivent dans Paris. Il faut avoir souci des enfants allaités et de ceux qui abandonnent à de plus heureux leur place au sein maternel. La société doit à tous, à ces derniers surtout,une surveillance pleine de soins ; elle doit payer d'une manière large, médecins et tous ceux qui concourent à cette œuvre de conservation sociale. Cet appel au trésor public doit être poussé dans tous les coins de la France. Dans chaque Faculté, des thèses, des mémoires devraient faire connaître les effets de la pratique de la loi Roussel, étudier, comme nous le faisons, les lacunes ou les imperfections de la loi, si elles existent, indiquer un remède. C'est surtout à Paris que cet appel devrait retentir ; là, se multiplient les douleurs, les cruautés envers le petit enfant ; là, sont semés les deuils dans les familles des petits parisiens, proie des cimetières sub-urbains et des villages où fleurit la spéculation sur le nourrissage. Les filles-mères dénaturées n'ont qu'à confier leurs enfants à d'atroces mégères ; elles n'ont pas à redouter l'effroi de la cour d'assises : leur enfant ira au cimetière.

Paris à ses coins infâmes ; écoutez les plaintes éloquentes du Dr Petit sur le commerce des enfants, des nourrissons venus avec leur mère.

Un enfant s'y loue 30 sous, quelquefois 40, rarement 3 fr. selon les circonstances. Les prix atteignent des taux tout à fait exceptionnels, 5, 6, et même 10 fr. pendant la nuit du réveillon, la nuit lugubre du massacre des innocents. La femme, séduite par les promesses du racoleur, laisse son enfant entre les mains de l'horrible mégère qui ira apitoyer les fidèles aux portes des églises ou les viveurs à la sortie des restaurants. « Pneumonie, entérite, tuberculose, maladies de misères, ils sont fauchés les pauvres petits, fauchés sans pitié dans cette nuit de Noël, comme les jeunes épis, sous la morsure d'une giboulée d'avril ». (*Gazette de Gynécologie*, 1898, page 68. Dr L. Petit.)

Ce tableau émouvant fait vibrer toute notre âme, mais combien seraient plus fortes nos émotions si nous pouvions compter les petits cercueils d'enfants disparus pour avoir été séparés de l'affection, de la vigilance maternelle et livrés à l'industrie nourricière.

Le Dr Ledé donne la proportion suivante sur 90,434.

Mortalité	12766	7,06 %
Retrait par les parents	53516	29,60 %
Limite d'âge	24152	13,36 %

Cette proportion donne des résultats satisfaisants en apparence seulement, car, pour avoir sur elle une appréciation bien exacte, il faudrait examiner avec soin la catégorie des enfants retirés de nourrice avant l'âge, connaître l'état de santé de ces enfants, leur poids. *Là, est le véritable inconnu important à connaître pour bien apprécier la valeur de la loi Roussel dans sa pratique actuelle.*

Nous avons tous vu l'aspect lamentable d'enfants retirés en hâte de nourrice, enfants aux traits petits, ridés, hâves, aux yeux hâves perdus dans l'orbite. Pauvres enfants, incapables de soulever leurs membres amaigris, gros comme un fuseau, ils ont à peine la force de pousser des cris plaintifs, aigus ; leur bouche entr'ouverte saisit avidement tout objet jusqu'au moment où toute force s'évanouit ; la vie chez eux se réduit à un souffle prêt à s'éteindre.

D'autres plus valides sont voués à de longues entérites, aux déformations rachitiques, aux infections faciles — tuberculose, fièvres éruptives — ceux-là sont encore heureux d'avoir rencontré des mégères qui, trompant la famille, l'assistance publique, ont élevé l'enfant confié non au biberon ou au sein mais à la table de famille. C'est le sort de ces enfants qui est en jeu, qu'il faut défendre par une véritable organisation médicale.

La France déverse des millions pour construire des ports, changer ses canons, elle pourrait faire quelque sacrifice pour arracher à la mort un ou plusieurs régiments de défenseurs.

La pratique de la loi Roussel doit renfermer une partie administrative, une partie médicale.

Partie administrative :

I. Chaque département aura son médecin-inspecteur qui fera fonction de directeur départemental de l'assistance infantile ;

II. Les commissions cantonales seront organisées avec soin. Leur siège sera à la commune du canton. Les médecins du canton feront partie de la commission avec voie délibérative.

Elles auront pour objet la surveillance morale et matérielle des enfants, des nourrices.

Partie médicale :

1° Tous les enfants allaités hors de leur famille seront inscrits à l'assistance médicale infantile :

2° Tout médecin fera partie de la commission et aura le droit de soigner un pupille de l'assistance infantile.

Les enfants recevront une visite mensuelle de l'Inspecteur et, en cas de maladie, ils seront soignés par le médecin de la nourrice, de la famille de l'enfant ou de l'administration. Rapport de leur état de santé sera donné à l'inspecteur.

Une somme suffisante sera inscrite pour payer les frais de nourrissage des enfants aux budgets de l'État, du département ou de la commune de l enfant. La répartition et la responsabilité seront identiques à celles existantes dans la loi sur l'assistance médicale gratuite.

Cette dépense peut être évaluée à six millions.

Toute nourrice devra avoir un livret de nourrissage. Ce livret sera délivré par les soins de la commune de la nourrice, et paraphé par une personne médicale compétente.

Ce livret sera l'indication de la valeur présumée de la nourrice et facilitera ou empêchera son placement. Tout médecin ou sage-femme devra parapher l'entrée et la sortie de la nourrice de la famille ou bien l'entrée ou le retrait de l'enfant.

A ces conclusions nous ajoutons celles du Dr Ledé.

L'obligation des dépenses afférentes à l'application de la loi doit être reconnue par les pouvoirs législatifs, ainsi que l'obligation de la constatation médicale des décès.

Rappelant que la mortalité des enfants élevés au biberon atteint 9,27 %, alors que celle des enfants élevés au sein est de 5,92 %, soit une différence de 3,35 %, il est urgent de prendre les mesures nécessaires pour supprimer l'élevage avec le biberon à long tube et de préconiser la stérilisation du lait chez les nourrices et l'emploi des biberons réduits à une simple bouteille et à une tétine en caoutchouc.

Toutes ces conclusions ne peuvent être qu'approuvées par tous les hommes de cœur, et il serait à désirer qu'elles tombassent sous les yeux de quelques-uns de nos législateurs dont l'esprit est tourmenté par nos misères sociales. Les médecins qui ont l'honneur de siéger aux Chambres et qui ont pris à cœur cette œuvre d'assistance devraient être ses tenaces et autorisés défenseurs. Ils savent qu'ils feraient ainsi œuvre de patriotisme et de fraternité.

1er août 1898.

REVUE FRANÇAISE

M. Pierre. — KYSTE DERMOÏDE DE L'OVAIRE. (Communication à la Société anatomo-chimique. *Jour. des Sc. méd.*, Lille, 20 août 1898.)

La tumeur présentée à la Société anatomo-clinique provient d'une opération pratiquée le 27 avril, par M. le Prof. Duret.

La malade, C... Alphonsine, occupant la salle Saint-Jean n° 1, entrait le 19 avril 1898 pour une tumeur volumineuse de l'abdomen. Les antécédents personnels sont excellents. Réglée à 13 ans et toujours régulièrement depuis. Mariée, mère de quatre enfants dont le dernier est né il y a deux ans. Il y a quatre ans, après son avant-dernier enfant, la malade voit son ventre grossir en même temps qu'apparaît une surdité presque complète actuellement. Pas de douleurs. Survient le dernier accouchement qui est normal.

Mais depuis six mois elle est assaillie par des douleurs abdominales et lombaires intermittentes avec exacerbations. La marche surtout les exaspère, parfois à un tel degré que la malade doit garder le lit une semaine et plus.

A dater de la même époque, les règles reviennent toutes les trois semaines, et trois ou quatre jours avant leur apparition, les douleurs sont à leur maximum.

L'état général n'a pas changé.

L'examen est pratiqué le 23 avril 1898. — Le ventre est distendu jusqu'à quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic, présentant l'aspect d'une grossesse de 8 mois.

Il est occupé par une tumeur sphéroïdale, régulière, rénittente, donnant à la chiquenaude une sensation de flot manifeste.

Elle ne présente ni bosselures, ni dureté — et elle est médiane. — Les flancs sont libres.

Le toucher vaginal révèle une certaine distension du col.

L'hystéromètre accuse 5 centimètres de profondeur.

M. le professeur Duret porte le diagnostic de kyste de l'ovaire.

La laparotomie est pratiquée. Après l'incision de la paroi abdominale, et du péritoine pariétal, on tombe sur une tumeur sphéroïdale, lisse et régulière, de consistance et d'aspect fibreux. Cette particularité fait même que l'on hésite un moment et que l'on se croit en présence d'un fibrome. La tumeur est directement située

derrière le péritoine pariétal. Elle a refoulé les anses intestinales et l'épiploon. Le toucher montre qu'elle occupe un grand volume. M. le professeur Duret se décide à en faire l'ablation en masse et ouvre l'abdomen dans toute sa hauteur. On bascule le lit d'opération et l'on met le malade dans la position renversée. La tumeur apparaît alors dans son ensemble : c'est un volumineux kyste de l'ovaire droit, dont le volume dépasse de la moitié une tête d'adulte. Elle est devenue médiocre, repoussant à gauche l'utérus qui est en latéroversion.

L'ovaire droit a disparu, remplacé par le kyste. La trompe droite adhère au kyste qui en se développant l'a considérablement allongée. L'extrémité interne de cette trompe se renfle en une ampoule musculaire du volume d'une noisette. Cette ampoule elle-même se continue par un pédicule assez long qui s'implante sur l'extrémité supérieure du bord droit de l'utérus. On hésite quelques instants sur la signification de cet organe, mais on reconnaît bientôt que l'on est en présence de la partie droite d'un utérus bicorne. Le ligament rond droit s'insère en effet sur l'ampoule musculaire dont nous venons de donner la description.

La tumeur est enlevée par les procédés ordinaires et la paroi est refermée par une suture à trois plans.

Quand on ouvre le kyste, il s'en échappe en abondance un liquide puriforme, de consistance graisseuse, tel qu'on en rencontre fréquemment dans les kystes dermoïdes.

Au sein de ce liquide se voient des poils détachés de la paroi interne du kyste. Celle-ci en est tapissée, et ces poils ne sont développés par plaques assez étendues. Ce liquide écoulé, on voit que le kyste n'est pas vidé. Il reste encore plusieurs loges à évacuer. Des unes s'échappe une sorte de sérosité jaunâtre comme un liquide d'ascite, des autres le même liquide puriforme mélangé de poils. Les loges dermoïdes sont d'ailleurs les plus nombreuses.

Il s'agissait donc d'un kyste multiloculaire mixte, avec prédominance des éléments dermoïdes.

Les suites opératoires ont été excellentes. La malade est sortie guérie le 19 mai.

Veyrières. — TRAITEMENT DE CERTAINES MÉTRORRHAGIES DES FILLETTES PAR LES BAINS HYPERTHERMAUX. (*Presse méd.*, 20 août 1898.)

Pour faire suite au travail sur les métrorragies des enfants, paru dans *La Presse Médicale* sous la signature de M. Romme, je crois intéressant de publier les deux observations suivantes.

***

La première observation est celle d'une filette de douze ans, très grande, trop grande, mais fort mince, avec hérédité bacillaire suspecte, sans maladies antérieures autres que les maladies habituelles de l'enfance et une fièvre typhoïde très douteuse. Les règles s'établissent sans fatigue, sans douleurs, mais la perte ne s'arrête pas et dure plusieurs mois presque sans aucune interruption. Et ceci, quoique la station debout et tout mouvement aient été formellement interdits, malgré le lit ou la chaise longue, malgré les préparations d'ergot et l'usage de tous les hémostatiques habituellement conseillés.

Effrayés, les parents mènent l'enfant à Paris et me prient de les accompagner chez un de nos maîtres en pathologie infantile.

L'examen général ne donne aucun résultat, et on renvoie à plus tard l'examen local. Par l'interrogatoire de la mère, on apprend que, dans la première enfance, il y a peut-être eu un peu de vulvite, mais légère et de courte durée.

Sans rien affirmer, le consultant craint que la vulvite ancienne ait été le résultat d'une infection gonococcique, et que les métrorragies actuelles soint le signe d'une métrite hémorragique. Il permet un peu d'exercice et autorise le séjour de la Bourboule où la famille venait régulièrement depuis plusieurs années.

Un peu inquiet de ce que réservait la cure et à la malade et à son médecin, je demandai alors l'opinion du chirurgien d'un hôpital d'enfants. Il fut de l'avis de son collègue de médecine, m'ajoutant qu'il serait possible qu'il y eût une petite tumeur du col, et qu'un examen complet serait indispensable si les pertes continuaient.

A la Bourboule, poussé par une idée peut-être très discutable, mais surtout par le souvenir de résultats obtenus autrefois dans le service de mon maître Lasègue, je conseillai : un peu d'eau en boisson et chaque jour un bain de vingt minutes, dont la température était portée peu à peu de 36 à 41°.

Au bout de cinq à six jours, la perte était complètement arrêtée. Une dizaine de jours après, les règles survenaient d'une manière normale ; malgré leur présence, je faisais continuer la balnéation ; elles duraient quatre jours; et, depuis deux ans, elles sont très régulières, et il n'y a plus eu la moindre métrorragie.

La seconde observation est relative à une fille de confrère, seize ans, pâle, anémique, sans bruit de souffle, réglée à treize ans et demi, et depuis ce moment ayant eu des métrorragies presque continuelles. Ces métrorragies semblaient causées par un petit lipome du col, qui a été enlevé il y a quatre mois. Mais, malgré l'opération, elles ont persisté ; les règles sont irrégulières, durent très longtemps et sont d'une abondance excessive.

J'ai essayé chez cette malade le procédé qui m'avait si merveilleusement réussi dans le cas précédent, et la période survenue pendant la cure a été normale comme durée et comme abondance.

Depuis, je n'ai pas eu de nouvelles de la malade et ne sais si l'amélioration a persisté.

***

Je n'aurais pas publié ces observations, si M. Du Castel ne m'avait raconté que lui aussi a obtenu, il y a quelques années, par le même procédé, un succès complet dans une métrorragie dont on ne trouvait pas la cause, et contre laquelle tout avait échoué, et s'il ne m'avait affirmé qu'il était convaincu de l'utilité des bains hyperthermaux en pareils cas.

Je ne me hasarderai pas à proposer une explication de l'action de ces bains ; mais, ce qui est certain, c'est qu'ils sont fort bien supportés. Les seules précautions à prendre sont : de maintenir une aération suffisante du cabinet, de faire asseoir la malade aussitôt qu'on la sort du bain et de la tenir au lit pendant environ une demi-heure — le bain hyperthermal à température progressivement croissante étant presque toujours suivi d'une sudation assez abondante.

VEYRIÈRES,
Médecin des Eaux de la Bourboule.

M. Perlsee (de Leitmeritz). — L'INTRODUCTION DE NITRATE D'ARGENT DANS LA CAVITÉ UTÉRINE COMME MOYEN DE PROVOQUER L'ACCOUCHEMENT ARTIFICIEL. (*La Semaine médicale.*)

L'auteur a imaginé, pour provoquer l'avortement et l'accouchement prématuré, un nouveau procédé, qui consiste à placer dans le segment inférieur de l'utérus un petit fragment de nitrate d'argent.

Pour ce faire, on introduit dans le vagin un spéculum bivalve, on lave la cavité vaginale et le col utérin avec une solution de sublimé, puis on prend un crayon de nitrate d'argent ayant 1 centimètre environ de long sur 3 millimètres d'épaisseur et on le fixe dans une canule de trocart d'un calibre tel que le crayon puisse y entrer à frottement doux. Après avoir introduit l'instrument ainsi chargé dans le canal cervical, on pousse, avec le mandrin, le crayon, en lui faisant de la sorte franchir l'orifice utérin interne et on l'abandonne dans la cavité de la matrice. Toute cette petite manœuvre s'accomplit facilement en quelques minutes. Il faut avoir soin de fixer le nitrate d'argent dans la canule de façon qu'il dépasse un peu le bout de l'instrument et puisse, par conséquent, pendant son passage à travers le col, en désinfecter les parois en les cautérisant.

Les contractions utérines commenceraient deux à trois heures après. Elles seraient très énergiques, se suivraient rapidement et amèneraient en quelques heures l'expulsion du fœtus, sans donner lieu à aucun accident. Les suites de couches seraient normales.

Jusqu'ici notre confrère a eu l'occasion d'appliquer son procédé quatre fois : dans deux cas de néphrite avec urémie au huitième et au septième mois de la grossesse, et chez deux femmes atteintes de vomissements incoercibles et qui étaient enceintes de trois mois environ.

Dans tous ces cas, les membranes ont été expulsées en totalité et n'ont présenté aucune altération en rapport avec l'action caustique du nitrate d'argent. La femme urémique qui se trouvait au huitième mois de la grossesse accoucha d'un enfant vivant.

M. Perlsee estime que l'application intra-utérine de nitrate d'argent répond à toutes les conditions qu'on puisse exiger d'un procédé destiné à provoquer l'accouchement artificiel, attendu qu'elle est exempte de tout danger pour la mère comme pour l'enfant, qu'elle est d'une application facile, d'un effet sûr et rapide et qu'enfin elle constitue une intervention parfaitement aseptique.

Tout ouvrage dont il sera envoyé deux exemplaires sera annoncé et analysé s'il y a lieu.

R. PICHEVIN, *Directeur-Gérant.*

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE DAIX FRÈRES.
Maison spéciale pour Journaux et Revues.



SOMMAIRE

FIBRO-MYOMES ET CANCER SIMULTANÉ DU CORPS DE L'UTÉRUS

Par le Dr E. CAMELOT,
Chef de clinique chirurgicale à la Faculté libre de Lille.

Le cancer d'une part, les tumeurs fibreuses de l'autre, constituent deux maladies de l'utérus, tellement fréquentes, qu'il n'y a pas lieu, semble-t-il, de s'étonner si on les trouve simultanément sur le même organe. De fait, la plupart des chirurgiens ont dû évidemment rencontrer cette coexistence, et pourtant l'attention n'a guère été attirée de ce côté.

Dans le courant de cette année, nous avons eu l'occasion d'observer dans le service de M. le Professeur Duret, deux cas de cancer du corps développé sur un utérus fibromateux. En raison de la rareté habituelle du cancer du corps de l'utérus — rareté que nous estimons très réelle, puisque les deux cas auxquels nous faisons allusion, sont les seuls que nous ayons pu voir, en cinq ou six ans, dans un service cependant très actif — nous nous sommes demandé si nous devions attribuer aux hasards de la clinique l'apparition de ces deux cas, à des dates si rapprochées, s'il ne fallait pas plutôt leur chercher une autre explication. Immédiatement, il s'en offrait une : sur les deux utérus, atteints de cancer au niveau du corps, à l'exclusion complète du col, nous trouvions des tumeurs fibreuses. N'y avait-il pas de relations entre ces variétés de néoplasmes ? Ceci n'avait-il pas causé cela. C'est ce que nous allons voir. Résumons d'abord l'histoire de nos deux malades.

OBSERVATION I. — Pl. E..., cuisinière, 49 ans, entre dans le service de chirurgie de l'hôpital de la Charité, le 20 novembre 1897. Dans ses antécédents héréditaires, rien de bien intéressant à signaler : son père et sa mère sont morts dans un âge assez avancé, l'un subitement, l'autre dans un accident ; ses frères et sœurs sont bien portants. Dans ses antécédents personnels, nous relevons une fièvre typhoïde à l'âge de 16 ans.

Réglée pour la première fois à 16 ans, elle l'a toujours été à peu près régulièrement, mais ses règles étaient douloureuses et abondantes. Elles ont cessé vers l'âge de 45 ans. La malade n'a pas eu d'enfants.

Depuis 6 ou 7 mois, et principalement depuis 2 mois, elle souffre d'une façon presque continue de douleurs hypogastriques. Il y a quelques semaines, à ces douleurs continues, se sont ajoutées de véritables crises, qui reviennent à peu près tous les jours et l'obligent à s'aliter pendant plusieurs heures. Au cours de ces crises, les douleurs s'irradient de la région hypogastrique dans les lombes et dans les cuisses

La miction est douloureuse, au commencement et souvent aussi à la fin : elle est fréquente au point de se répéter une dizaine de fois pendant le jour, et de trois à sept fois pendant la nuit. Les urines sont claires et leur quantité est normale.

La constipation est habituelle. Facies anémique, faiblesse générale très marquée. A l'examen direct, le palper abdominal ne donne aucun renseignement. Le palper bi-manuel indique que le col de l'utérus est très porté en arrière ; le corps, au contraire, est complètement renversé en avant, mais sa face antérieure se continue directement avec celle du col, sans sillon de flexion. Le corps est dur, bosselé en avant, *fibromateux*.

L'hystérectomie abdominale totale est pratiquée par M. le Professeur Duret, le 24 novembre. La résistance des parois abdominales, qu'explique la nulliparité de la malade, rend l'opération un peu laborieuse. L'utérus, fibromateux, est difficilement amené hors du ventre : on le libère en partie par la section de la moitié supérieure des ligaments larges. On taille un lambeau péritonéal à la face antérieure de l'utérus, la vessie est décollée jusqu'au niveau du cul-de-sac vaginal antérieur ; il est impossible d'atteindre le cul-de-sac postérieur qui est trop profond ; la séreuse de la face postérieure de l'utérus est d'ailleurs soulevée par une série de granulations fibreuses, et on ne peut songer à s'en servir pour tailler un lambeau postérieur. On ponctionne le cul-de-sac vaginal antérieur, qui est très bas situé ; le vagin est alors désinséré, à gauche et à droite, de sa face muqueuse vers le ligament large, et celui-ci sectionné de bas en haut ; la désinfection du vagin est achevée au niveau du cul-de sac postérieur.

Ligature au ras du col, à la soie, des artères utérines et utéro-ovariennes. Suture du vagin, à l'aide d'un surjet à la soie ; pardessus, suture péritonéale au catgut, continuée sur les ligaments larges. Drainage du cul-de-sac de Douglas.

Suture à trois plans de la paroi abdominale.

Les suites opératoires sont bonnes. La malade ne reprend cependant ses forces que lentement ; elle sort guérie, le 4 janvier 1898.

Examen des pièces. — L'utérus, gros comme le poing, présente dans son épaisseur de nombreux fibromes, plus ou moins saillants à sa surface. A la section, ses parois sont très hypertrophiées, mais ce qui frappe surtout, c'est l'épaississement de la muqueuse du corps utérin, qui atteint 3 à 4 mm., et sa coloration jaune verdâtre. Cette muqueuse se détache assez facilement avec le bistouri. On pense immédiatement à une dégénérescence cancéreuse de la muqueuse du corps utérin. A un examen attentif, on constate que cette dégénérescence a envahi tout le corps utérin, infiltrant et hypertrophiant la paroi, dessinant jusque sous la séreuse des saillies qu'on pouvait croire occasionnées par des fibromes. Au sein de cette masse, formée d'un tissu grisâtre, mou, friable, se détachent nettement deux fibromes, du volume d'une noix, qui se distinguent par leur coloration plus blanchâtre, leur consistance plus ferme, la disposition de leurs faisceaux musculaires et surtout par leur coque nettement isolée. A l'œil nu, il est facile de se rendre compte que la dégénérescence cancéreuse a respecté la barrière formée par cette coque, et s'est détournée des fibromes.

Nous devons à l'obligeance de M. le Professeur Augier, l'examen histologique de la pièce, dont il a bien voulu nous donner le résumé dans la note suivante :

Une coupe portant sur une portion de la paroi utérine qui confine le néoplasme développé dans la cavité, montre les particularités suivantes :

Du côté de la cavité utérine, on trouve des amas cellulaires très irréguliers et très volumineux, séparés par de minces travées de fibres musculaires lisses ; ces amas cellulaires sont formés de cellules épithéliales, polyédriques pour la plupart et irrégulières : l'arrangement glandulaire ne se retrouve que très exceptionnellement dans ces amas épithéliaux. On rencontre cependant dans quelques points des cellules circonscrivant des cavités arrondies, analogues à des lumières glandulaires. Dans d'autres points, à la périphérie de ces amas, les cellules sont disposées sous forme d'un revêtement régulier, constituant une bordure en palissade ; à mesure qu'on examine la coupe, vers la surface externe de l'utérus, on constate que les amas diminuent graduellement de dimensions et de nombre. On trouve alors les faisceaux musculaires entre-croisés de la paroi utérine et de nombreux vaisseaux : des veines et des capillaires dans lesquels on remarque des bouchons épithéliaux oblitérant presque complètement la cavité des vaisseaux. Ces amas se retrouvent jusque dans de tous petits vaisseaux capillaires sous-péritonéaux. Mélangés à ces bouchons épithéliaux intra-oculaires, on trouve des globules blancs et des amas granuleux.

OBSERVATION II. — Dans notre 2e observation, il s'agit d'une femme multipare, âgée de 65 ans, dont le passé pathologique n'a pu être connu de nous dans tous ses détails. Ce qui est certain pourtant, c'est que, depuis de longues années, elle était atteinte de métrorrhagies, et que depuis un an il s'y était ajouté un écoulement continu d'une extrême fétidité. En même temps, son état général était devenu très grave : elle était absolument cachectique quand elle vint consulter M. Duret qui, songeant à un fibrome dégénéré, lui proposa et pratiqua, comme grave mais ultime ressource, l'hystérectomie abdominale.

Le ventre ouvert, la malade étant placée dans la position inclinée, le fond de l'utérus apparaît immédiatement, remontant à 4 travers de doigt au-dessus du pubis. Sa surface est congestionnée, d'un gris sale par places ; une pince placée sur la paroi antérieure la déchire à la moindre traction, et ouvre la cavité d'où s'échappe une sanie grisâtre, fétide. La vessie est soulevée par un fibrome gros comme une orange. Malgré quelques difficultés, inhérentes à la grande friabilité de l'organe, l'hystérectomie totale est pratiquée, sans suture consécutive du vagin. La malade ne s'est pas relevée du choc opératoire, et a succombé le 2e jour.

L'examen anatomo-pathologique de l'organe extirpé est particulièrement intéressant.

Examen des pièces. — L'utérus, gros à peu près comme les deux poings, présente sur sa paroi antérieure, au niveau de la moitié inférieure du corps, une saillie arrondie, du volume d'une ovange, d'une consistance fibromateuse. Les deux cornes utérines sont également hypertrophiées, mais leur consistance est plus molle. A la surface de l'organe, on trouve quelques petits fibromes sous-séreux

Une section longitudinale de la paroi postérieure montre un épaississement considérable, qui atteint 3 centimètres 1/2 vers le fond de l'utérus. Sur la face muqueuse de la paroi antérieure, immédiatement au-dessus de l'isthme, fait saillie le gros fibrome qu'on apercevait au-dessus de la vessie. Sur cette même paroi, mais près du fond, on trouve 3 fibromes pédiculés, sous-muqueux, gros comme une petite noix. Mais ce qui est particulièrement intéressant, c'est l'existence, au niveau du fond de la cavité utérine, de productions villeuses saillantes, de nature manifestement cancéreuse. C'est cette dégénérescence de la muqueuse qui, ayant gagné les parois de l'organe, leur donne l'épaisseur que nous avons signalée. Elle a envahi principalement la paroi postérieure ; la paroi antérieure presque entièrement occupée par les fibromes, est respectée sauf dans son tiers supérieur. La muqueuse qui recouvre le gros fibrome est épaissie, tomenteuse, enflammée, mais non cancéreuse. Au contraire sur l'un des petits fibromes sous-muqueux, elle a subi la transformaiion épithéliomateuse au même degré que la muqueuse qui l'entoure. Mais, chose remarquable, au lieu de s'infiltrer dans la profondeur, la dégénérescence reste ici bien limitée à la muqueuse et respecte le noyau fibromateux dont la coque est nette, et qui reste facilement énucléable. De même, on trouve au sein de la grosse masse cancéreuse, deux noyaux fibreux dont le diamètre atteint 1 cm. 1/2 : ils tranchent nettement encore sur le tissu ramolli et grisâtre du cancer qui les a respectés.

Le col utérin est absolument sain.

Ainsi donc, nous voilà, dans deux cas, en présence d'une affection rare de l'utérus, le cancer du corps, et, chose remarquable, dans les deux cas, l'organe malade est en même temps le siège de néoplasmes d'une autre nature, de tumeurs fibreuses. S'agit-il là d'une simple coïncidence ?

Nous aurions probablement, à cette question, répondu par l'affirmative, s'il se fût agi de cancer du col de l'utérus. Cette localisation du carcinome est, en effet, assez fréquente pour qu'un utérus, même fibromateux — et il est assez fréquent d'en rencontrer de tels — court le risque d'en devenir le siège. Mais, ici, le col est absolument sain, et le cancer s'est exclusivement localisé sur le corps, ce qui est rare. Nous nous refusons à y voir une simple coïncidence.

Nous ne pouvons guère penser à une dégénérescence cancéreuse primitive des fibromes utérins. La transformation maligne de ces néoplasmes a été bien étudiée dans ces derniers temps (1). Quand elle se produit, elle évolue vers le sarcome, soit que les éléments conjonctifs embryonnaires aient une origine vasculaire et endothéliale (Pilliet et Costes), soit qu'ils représentent le stade embryonnaire de la fibre cellule musculaire (Paviot et Bérard). Mais on s'accorde généralement à admettre que la transformation des fibres lisses en cellules épithéliales est impossible.

L'apparition, au sein d'un fibrome, d'une néoplasie épithéliale, pourrait peut-être s'expliquer par la présence préalable d'éléments de cette nature au milieu du tissu fibro-musculaire. Cette présence n'est évidemment pas inadmissible. On sait ce qui se passe dans certaines endométrites : tous les éléments de la muqueuse et en particulier les glandes prennent un énorme développement ; les culs-de-sac glandulaires dépassent la limite profonde de la muqueuse, et Cornil a publié une figure dans laquelle on les voit s'insinuer dans l'enchevêtrement des fibres musculaires lisses, et s'y terminer, réalisant ainsi ce que l'on a appelé l'*hétérotopie glandulaire*. Rien ne s'oppose, en apparence, à ce qu'un fibro-myome, en voie d'évolution au voisinage de ces culs-de-sac glandulaires, emprisonne dans sa masse quelques éléments épithéliaux, qui plus tard pourront devenir le point de départ d'un carcinome. On a même été jusqu'à considérer ces petits adénomes, d'origine inflammatoire, ainsi développés dans l'épaisseur du tissu musculaire lisse, comme capables de provoquer autour d'eux une réaction particulière des fibres lisses, de déterminer la formation de petits noyaux, autour desquels se développaient les fibro-myomes. Cette pathogénie expliquerait bien l'apparition d'un carcinome dans un fibrome, en dehors des cas où il s'agirait tout simplement de l'envahissement de celui-ci par une néoplasie épithéliale primitivement développée dans la muqueuse voisine. Mais, dans nos deux cas, nous n'avons que faire de cette explication : il est en effet manifeste que les fibromes n'ont pas été envahis par le carcinome, que celui-ci, dans sa marche progressive à travers le tissu utérin, a été arrêté par eux et obligé de les contourner. En un mot, le cancer s'est développé *à côté* du fibrome. S'est-il développé *à cause* de lui ? Telle est la question.

Nous pensons qu'il faut y répondre affirmativement, parce que, nous l'avons dit plus haut, le cancer du corps de l'utérus est rare, et que, lorsqu'on le rencontre, il est souvent associé à des tumeurs fibreuses. Comment, dès lors, expliquer cette association pathologique ?

On pourrait faire appel à la parenté qui semble bien exister, au point de vue de l'étiologie et surtout de la prédisposition, entre les néoplasmes même de nature différente. On a dit aussi que toute néoplasie est un pas fait vers une néoplasie plus grave : un fibrome indiquerait donc déjà que l'utérus atteint constitue un excellent terrain pour le développement du carcinome.

Il est plus logique, croyons-nous, de chercher ailleurs la cause de cette coexistence. Rappelons-nous ces deux lois qui dominent l'étiologie des tumeurs épithéliales (Quénu).

1° Tout changement apporté à la situation, soit à la structure normale d'un organe ou d'une portion d'organe, y crée une prédisposition au néoplasme ;

2° Toute irritation prolongée d'un revêtement épithélial favorise la tendance de celui-ci à devenir le point de départ d'un épithéliome.

Rien que par sa présence, le fibro-myome pourrait donc jouer le rôle d'une épine dont l'action irritative permanente finirait par provoquer l'apparition du cancer. Mais son action nous paraît bien plus claire : on sait, en effet, que presque toujours, sinon toujours, les fibromes déterminent, par voisinage, des lésions d'endométrite. Or, nombreux sont aujourd'hui les auteurs qui admettent l'influence considérable de ces lésions sur le développement du carcinome : la lésion, commencée par une endométrite glandulaire légère devient, en s'invétérant, une endométrite glandulaire dans sa forme la plus accusée (adénome typique bénin), puis, en dégénérant, un adénome atypique malin, qui est le premier stade du cancer (Pozzi).

L'action provocatrice des fibro-myomes de l'utérus, vis-à-vis du cancer de cet organe, ramenée à ces proportions, n'a rien que de très compréhensible ; elle n'en reste pas moins très importante. Nous n'avons pas besoin d'insister sur ses conséquences, lorsqu'elle s'est efficacement exercée : le fibro-myome passe au second plan, le cancer domine la scène, assombrissant singulièrement le pronostic, et imposant la conduite à suivre. A en juger par certaines observations (1), il semble même que la marche du cancer soit influencée par l'existence du fibrome ; son évolution, sa propagation seraient beaucoup plus rapides et, partant son pronostic beaucoup plus grave.

(1) V. cysto-fibromes et cysto-sarcomes de l'utérus. Transformation des fibromes, par M. Duret. (*Semaine Gynécologique*, 1898.)

(1) V. Bourgeois. Thèse de Lyon, 1897.

TABLE POUR L'EXAMEN GYNÉCOLOGIQUE

en position déclive,

Par F. Jayle,
Assistant de consultation à l'Hôpital Broca.

La position dorso-sacrée déclive rend, au point de vue du diagnostic, autant de services qu'au point de vue opératoire. La cavité pelvienne, débarrassée des anses intestinales qu'elle peut contenir, devient plus facile à explorer ; en même temps, la résistance opposée par la malade est moindre, soit parce que la nouvelle position favorise peu les contractions des muscles, soit parce que l'examen rendu plus aisé devient moins douloureux.

Freund (2), Stroynowski (3), Mendès de Léon (4), S. Pozzi (5), O. Beuttner (6), ont attiré l'attention sur les avantages de la posi-

(2) Freund *in* Nicolas Lenz. — « Beitrag zur gynäkologischen Untersuchung. Die Untersuchung in Suspension » *Inaug. Dissert.* Strassburg, 1880.

(3) J. V. Stroynowski.— « Die Trendelenburg'sche Beckenhochlagerung betreffs gynäkologischer Untersuchung » *Centr. f. gyn.*, 1891, n° 2, 10 janvier, p. 33.

(4) Mendès de Léon. — *Cité* par S. Pozzi.

(5) S. Pozzi. — Traité de gynécologie, 1897, p. 97.

(6) O. Beuttner. — « Ueber gynäkologische massage in Beckenhochlagerung ». *Centr. f. Gyn.*, 1897, mai, n° 19, p. 545. — « Du massage et du diagnostic gynécologique dans la position déclive, avec recherches critiques ». *Rev. méd. de la Suisse romande*, 1893, n° 4, 20 avril, p. 199.



tion déclive, mais sans donner un moyen pratique de l'utiliser; aussi ne s'est-elle jamais vulgarisée.

La table que j'ai fait construire permet d'avoir recours, dans tous les cas et très facilement, à l'examen dans la position déclive. Le schéma représenté, fig. 1, montre le dispositif général : c'est une table à bascule, munie de deux épaulettes et d'un plan incliné ; les épaulettes servent à maintenir la malade qui n'est nullement retenue au niveau des jarrets et le plan incliné reçoit la tête pour éviter la congestion encéphalique. Epaulettes et plan incliné sont supportés par une glissière qui permet de donner à la partie de la table située en avant d'elle une longueur variable avec la longueur du tronc de la malade, le plan vulvaire devant toujours affleurer le bord du lit. En pratique, cette glissière reste pour ainsi dire à la même place, les différences de taille n'étant pas très marquées (1).

En outre, des étriers sont fixés à la planche de bascule et suivent son mouvement, comme le montre la fig. 2.

* * *

Mode d'examen. — Sur la table, en situation horizontale, la malade monte comme sur une table ordinaire, au moyen d'un escabeau. Elle peut ainsi être examinée comme sur tout lit à spéculum, et l'examen peut même ne pas être poussé plus loin. Si l'on désire, ou si, systématiquement, on tient à compléter les résultats déjà donnés par le palper combiné, on fait basculer la table, sans exiger de la malade aucun mouvement, mais en ayant soin de la prévenir et de la rassurer et à condition qu'elle ne soit pas sanglée au niveau du cou.

La bascule faite, la malade prend la position in-

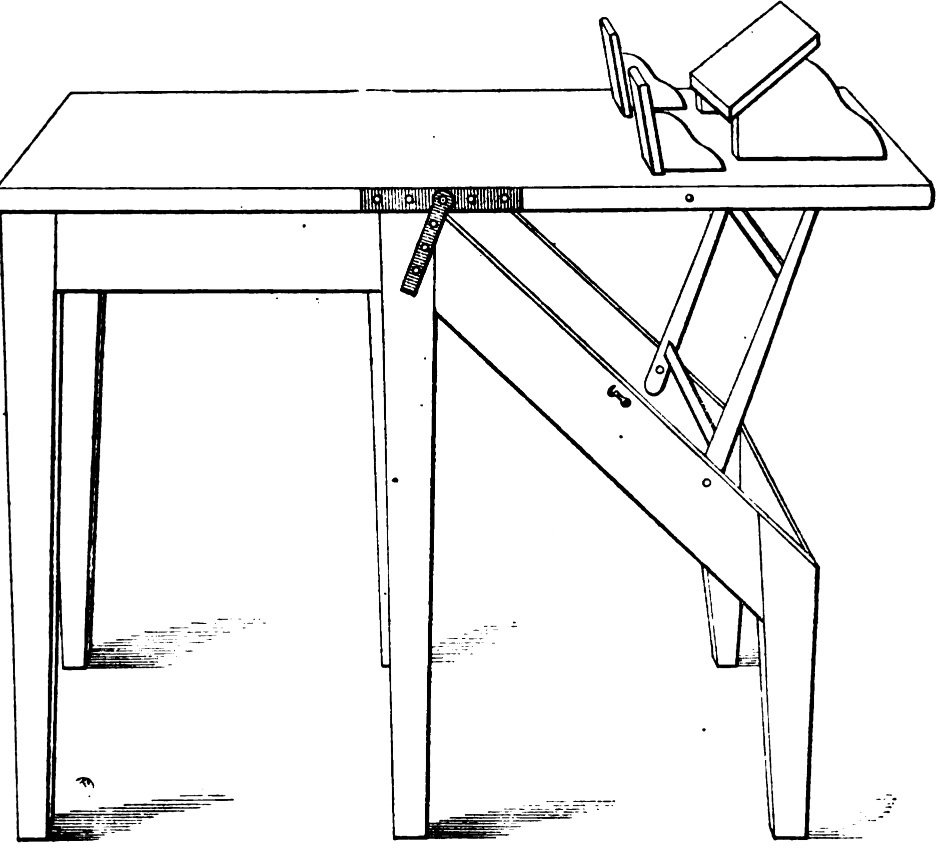


Fig. 1. — Schéma (le pied antérieur est beaucoup trop éloigné du pied moyen).

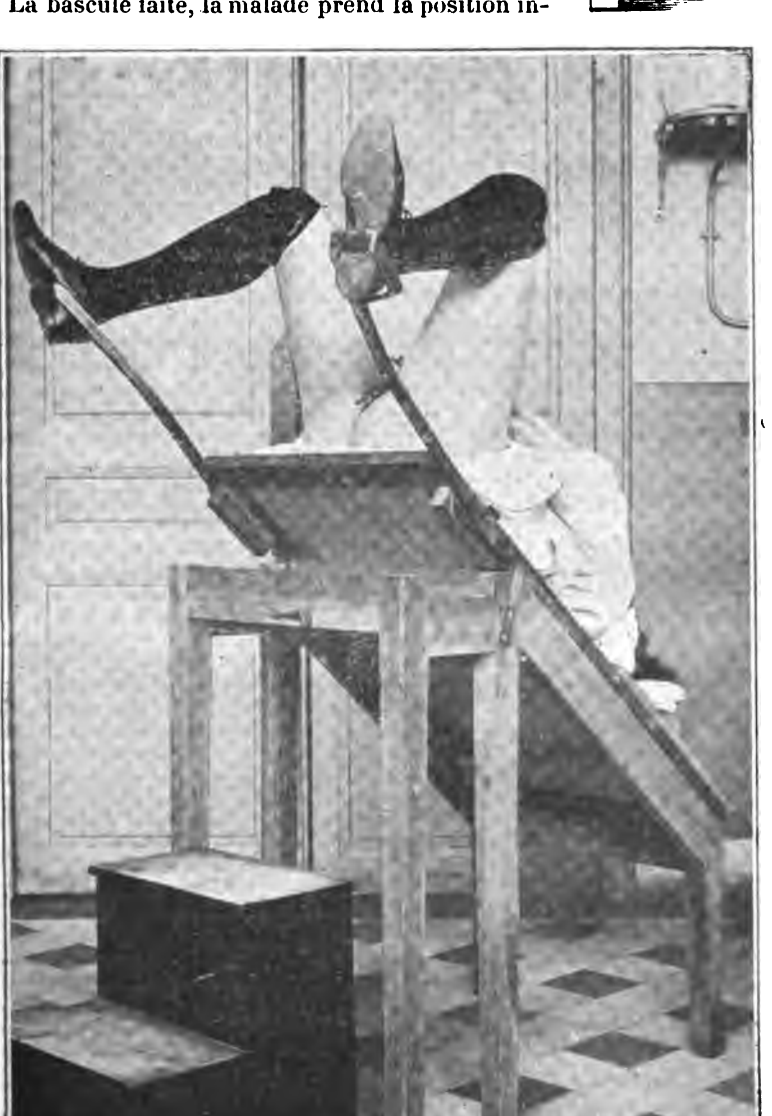


Fig. 2.

diquée, fig. 2. On lui recommande de faire trois ou quatre grandes inspirations dont le résultat est de faire évacuer le petit bassin du paquet intestinal. Si la paroi abdominale est un peu flasque, on la voit alors se déprimer et se coller, pour ainsi dire, sur le détroit supérieur, formant au-dessus du pubis une sorte d'excavation.

Le toucher et le palper se pratiquent comme dans la position ordinaire : on peut rester sur le sol mais il vaut mieux monter sur l'escabeau dont s'est déjà servi la malade pour se placer sur la table. L'examen se fait entre les jambes de la malade.

Avantages. — L'examen par le palper combiné est beaucoup plus facile que dans la position ordinaire : l'utérus est pour ainsi dire tenu entre les deux mains vaginale et abdominale ; les tumeurs annexielles sont également mieux perçues dans leurs contours.

Un autre avantage de cette position déclive est de permettre un examen aisé du vagin et du col au spéculum. Par suite de la déclivité, l'air pénètre dans la cavité vaginale qu'elle dilate, absolument comme dans la position genu-pectorale. Les parois antérieure et postérieure du vagin s'écartent. Si l'on est éclairé d'en haut, il suffit, chez les femmes à vulve un peu large, de déprimer la fourchette périnéale avec un ou deux doigts pour voir le col utérin. Avec une valve appropriée, appliquée en arrière, on découvre très aisément la paroi vaginale antérieure et les parois latérales dont l'examen est souvent si difficile en position dorsale ordinaire. Enfin, la mise du spéculum ne comporte aucune difficulté, par suite de l'écartement des deux parois vaginales antérieure et postérieure ; l'examen du col se fait dans les meilleures conditions si l'on est éclairé d'en haut.

On peut encore faire remarquer que toutes ces manœuvres se font debout, ce qui rend le déplacement du médecin plus facile et ce qui permet aux assistants de mieux voir et sans gêner.

* * *

(1) Voici les dimensions exactes de cette table : longueur, 97 centim. ; largeur, 55 centim. ; hauteur, 90 centim. Le pivot de bascule est à 26 centim. du bord antérieur. La table est maintenue en position horizontale par un cadre de bois mobile et qu'il suffit de rabattre en avant pour permettre le mouvement de bascule ; le centre de gravité est situé un peu en avant du pivot de bascule, de sorte qu'il faut appuyer légèrement sur l'extrémité céphalique de la table pour obtenir la position déclive. L'écarteur entre le plan antérieur du pied d'avant et le plan postérieur du pied d'arrière n'est que de 80 centim. tandis que la table a une longueur de 97 centim. ; cette différence est commandée par l'inclinaison. La hauteur des pieds d'avant est de 88 centim., celle des pieds d'arrière à leur bord postérieur, de 40 centim. Les épaulettes ont 12 × 12 et sont écartées l'une de l'autre de 16 centim. La largeur du plan incliné pour la tête est de 23 centim. La table peut être à 4 ou à 6 pieds, comme fig. 2 ; elle est en bois et ne présente aucune difficulté de construction.

Bien que cette position déclive ne soit pas agréable, elle est supportée beaucoup plus facilement qu'on ne le croirait, surtout dès la 2e ou 3e séance. Sur plusieurs centaines de malades, je n'en ai encore trouvé aucune qui ait refusé cette position, ni qui en ait éprouvé quelque inconvénient sérieux.

Au point de vue thérapeutique médical, elle permet de donner des bains médicamenteux du col et de la cavité cervicale et sans doute de la cavité corporelle ; en outre, le traitement des ulcérations du vagin est facilité. Comme l'a déjà dit O. Beuttner, les manœuvres du massage s'exécutent mieux.

Au point de vue chirurgical, elle serait à utiliser pour certaines opérations portant sur les parois vaginales et même sur le col.

Il est probable, mais je ne saurais l'affirmer, n'ayant pas eu l'occasion d'y avoir recours, que l'emploi de la position déclive serait utile, soit pour l'examen de la vessie et le cathétérisme des uretères, soit pour l'examen du rectum au rectoscope.

* *

En résumé cette table permet l'examen et les opérations dans la position dorso-sacrée ordinaire, l'examen et les opérations dans la position déclive. Rendant plus faciles le palper combiné, l'examen du vagin et l'application du spéculum, la position déclive me paraît devoir être systématiquement substituée en clinique à la position dorso-sacrée classique.

REVUE FRANÇAISE

Loviot. — RÉTENTION D'UN PLACENTA ABORTIF PENDANT 101 HEURES SANS ACCIDENTS. — ANTISEPSIE. — INJECTIONS INTRA-UTÉRINES CHAUDES AU PERMANGANATE DE POTASSE. ADMINISTRATION DU SULFATE DE QUININE. — EXPULSION SPONTANÉE DES ANNEXES. — SUITES NORMALES. (*Société obstétricale et Gynécologique de Paris.*)

Le lundi 9 mai, dans l'après-midi, je me rencontrai avec mon excellent confrère, le docteur X..., auprès de Mme L.., sage-femme qui avait expulsé le samedi précédent, à 5 heures de l'après-midi, un fœtus de 3 mois 1/2 environ, mais n'était pas encore délivrée. Au reste, pas d'hémorrhagies, pas d'infection, grâce aux précautions recommandées par mon confrère et minutieusement prises par Mme L .. dont le sang-froid et la tranquillité d'esprit étaient tout à fait remarquables. On eût dit qu'il s'agissait non d'elle, mais d'une de ses clientes.

La température était normale. J'appris cependant qu'on avait constaté 38°5 la veille au soir, mais sans frisson, et qu'un grand lavement ayant amené une déplétion intestinale abondante, la fièvre était tombée peu après.

Je pratiquai une injection chaude intra-utérine au permanganate de potasse, 50 centigr. par litre, après toilette vulvo-vaginale antiseptique. Pansement vulvaire occlusif à la ouate et à la gaze hydrophile. Séjour absolu au lit.

Le lendemain mardi, la situation restant la même, nouvelle injection chaude intra-utérine dans la matinée. Je prescris un gramme de sulfate de quinine, 50 centigrammes, avant chacun des deux principaux repas.

A 4 heures de l'après-midi, perte de caillots avec quelques douleurs.

Le mercredi, nouvelle injection intra-utérine, continuation du sulfate de quinine, 1 gr. par 24 heures.

A 10 heures du soir, expulsion avec hémorrhagie et douleur d'un arrière-faix complet, sans odeur, ni trace d'altération.

Pendant tout ce temps, la température est restée normale, l'état général étant très satisfaisant.

Suites de couches sans le moindre incident.

Mme X. a eu une vie obstétricale assez mouvementée :

1° Il y a 10 ans, avortement au 35e jour ; 3 jour après, extraction avec pinces du reliquat de l'œuf ;

2° Il y a 9 ans, accouchement à terme (enfant très gros, 12 livres ?). Forceps. Délivrance artificielle, 6 heures après ;

3° La même année, 6 mois après, fausse couche de 2 mois en 2 temps. 5 jours après, extraction des annexes du fœtus avec pince ; infection et fièvre, l'antisepsie ayant été insuffisante ;

4° Il y a 7 ans, accouchement à terme très prompt, le placenta a suivi immédiatement l'enfant, une fille très petite ;

5° Il y a 5 ans, avortement à 4 mois 1/2. Délivre expulsé spontanément sans douleurs, 9 jours après la sortie du fœtus. Pas de traitement. Pas d'antisepsie. Fièvre. Métrite, 2 mois au lit ;

6° Grossesse actuelle. Dernières règles, 21 janvier 1898. Avortement de 3 mois 1/2 environ. Fœtus expulsé le 7 mars à 2 heures de l'après-midi. Délivre expulsé spontanément le mercredi suivant à 10 heures du soir. Antisepsie. Injections intra-utérines chaudes antiseptiques (permanganate de potasse). Administration du sulfate de quinine, 1 gr. par jour, pendant deux jours. Pas d'infection. Suites normales.

Nous avons relaté cette observation, pour montrer une fois de plus qu'un intervalle assez long, voire de plusieurs jours, peut exister entre les deux temps de l'avortement, expulsion du fœtus, expulsion de l'arrière-faix, sans inconvénient pour la parturiente, si l'on a soin de pratiquer une antisepsie génitale régulière et sans qu'il y ait lieu d'intervenir autrement que par des injections intra-utérines chaudes dont nous avons eu maintes fois à nous louer au point de vue antiseptique et ocytocique.

Pourquoi s'obstiner à extraire un placenta entier, encore adhérent, encore vivant, et parfaitement inoffensif, si on le préserve, par l'antisepsie vulvaire, vaginale, intra-utérine et par un pansement vulvaire bien fait, de toute contamination ? Ne se détachera-t-il pas à son heure, et ne sera-t-il pas expulsé, dans la pluralité des cas, simplement, spontanément, par le fait d'un nouveau travail absolument physiologique ? Il n'en serait pas de même, bien entendu, s'il s'agissait d'une rétention partielle, et à plus forte raison, s'il y avait des accidents : hémorrhagies graves et surtout infection, légitimant et commandant une intervention immédiate et radicale.

Quel rôle a joué le sulfate de quinine dans notre cas ? Il a été parfaitement supporté par la malade, et bien qu'il soit malaisé de déterminer sa part ocytocique, nous pensons qu'on pourra joindre son administration à l'emploi des injections intra-utérines, pour hâter le décollement et l'expulsion du délivre retenu dans la cavité utérine.

Notons, qu'à moins d'indications expresses, il faut être sobre d'injections intra-utérines chaudes au sublimé dont la répétition et même l'usage modéré, surtout si le fonctionnement du rein n'est pas parfait, peut provoquer une intoxication rapide et des plus graves.

DE LA COLPOTOMIE DANS LES SUPPURATIONS PELVIENNES. (*Presse médicale*, 13 août 1898.)

J'ai opéré par colpotomie 66 suppurations, dont 21 hématocèles infectées, que je n'envisagerai pas ici, et 45 collections péri-utérines dont 8 pelvi-péritonites, 7 péri-métrites post-partum, 30 collections salpingiennes, ayant une ou plusieurs poches. Ce diagnostic étant aussi précis que les signes cliniques et les constatations anatomiques pendant l'opération, nous ont permis de le faire.

Mais si, au lieu d'envisager la statistique brute, j'examine les indications qui se posent, je trouve que mes malades qui ont bénéficié de l'intervention, sont celles qui portaient de grosses collections *postérieures* ou *unilatérales* uniques ou multiples. Un second facteur important consiste dans la marche rapide, *l'état aigu* phlegmoneux ou accompagné de fièvre ; de ces lésions je considère alors l'incision comme la méthode de choix, surtout si les poches ouvertes ont une paroi *mince* facilement appréciable par le palper et le toucher.

J'ai pratiqué des incisions de salpingites dans ces cas où on est obligé d'ouvrir le cul-de sac postérieur pour aller ensuite chercher en traversant le péritoine la *collection libre en arrière* ; si j'ai eu quelques succès, j'ai reconnu également là des difficultés et surtout des dangers qui m'ont fait préférer, dans ces cas, la laparotomie ou l'hystérectomie.

Il est cependant une indication de la colpotomie dont nous n'avons pas assez tenu compte parce qu'elle n'est pas chirurgicale : mais qui, à mon sens, doit prendre rang ici. Je veux parler des soins ultérieurs que peuvent prendre les malades. Le traitement post-opératoire après la colpotomie est long et minutieux. Il a un second inconvénient, c'est de laisser persister la cause de l'infection et de nécessiter le traitement de l'utérus ou des annexes. Il faut, après que ces femmes ont été opérées, guéries et cicatrisées, un long traitement dont le repos absolu, les bains, l'évacuation intestinale régulière peuvent faire tous les frais. Je considère ce traitement post-opératoire comme indispensable, sous peine de dangers de récidive, et cela pendant des semaines, souvent même pendant des mois. Or, nous savons à quelles difficultés nous nous heurtons de ce côté chez nos malades d'hôpital, obligées de travailler dès leur sortie de nos salles, et si je n'ai eu chez mes malades de la ville qu'une seule hystérectomie secondaire à faire, je l'impute à ce seul fait que chez ces femmes les soins peuvent être plus prolongés. En somme, les hématocèles suppurées, les périmétrites, les pelvipéritonites post-puerpérales, les grosses poches pyosalpingiennes haut ou bas placées, les suppurations aiguës postérieures ou latérales, me paraissent justiciables de la colpotomie qui peut assurer leur guérison ou faciliter et rendre plus bénignes une laparotomie ou une hystérectomie secondaire, et je ne vois pas pourquoi on commencerait, en pareil cas, par l'opération radicale.

M. *Chaput.* L'incision des suppurations pelviennes par le vagin m'a donné des résultats aussi satisfaisants que possible.

J'ai fait quarante fois la ponction vaginale pour des abcès pelviens ; toutes mes opérées ont guéri, sans exception.

Deux fois j'ai vu survenir des fistules recto-vaginales dans des cas où l'abcès était sur le point de s'ouvrir dans le rectum ; ces fistules ont guéri spontanément en quelques semaines.

La plupart des malades guérissent en trois ou cinq semaines. Au début, quelques-unes ont guéri plus lentement, lorsque je faisais des injections dans la poche : j'ai ensuite supprimé cette pratique. Les abcès intra-péritonéaux, sous-péritonéaux et les abcès tubaires ou ovariens à parois minces, guérissent en six à huit jours. Les tubes à ailettes sont inutiles ici, des mèches de gaze suffisent.

Seules les poches tubaires, à parois épaisses, demandent de quatre à cinq semaines pour guérir au moyen du drain.

Deux de mes malades sont guéries, sans récidives, depuis six ou huit ans.

Toutes les autres, plus récentes, ont guéri sans autre opération et sans récidive, à l'exception de deux malades, dont le traitement consécutif n'a pu être surveillé par moi, dans des services de remplacement. La récidive peut être attribuée, soit à un défaut de traitement, soit à une nouvelle inoculation des trompes par l'utérus.

J'attaque systématiquement par la ponction, toutes les poches accessibles, et par accessibles j'entends celles que ma pince trocart peut atteindre. Souvent j'emploie la ponction comme moyen de diagnostic lorsque l'abcès n'est que soupçonné.

Enfin, nous avons vu que la ponction vaginale pouvait succéder à une laparotomie exploratrice révélant des contre-indications à l'opération par la voie haute.

Lorsque les poches sont très élevées, je les attaque par la laparotomie.

Je réserve l'hystérectomie vaginale :

1° Aux cas où la laparotomie révèle des lésions trop graves pour une opération intrapéritonéale ;

2° Lorsque la ponction, répétée à plusieurs reprises, a complètement échoué, et que l'utérus est englobé dans une gangue inflammatoire située au voisinage du vagin.

Quoi qu'il en soit, je dois dire que, sur mes quarante opérations vaginales, je n'ai pas une seule fois été obligé de faire une laparotomie ou une hystérectomie secondaire.

M. *Monod*. Je remercie tout d'abord mes collègues de l'attention qu'ils ont bien voulu prêter à ma communication. Quoiqu'un peu malmené, je me félicite d'avoir porté à nouveau devant vous l'importante question de la cure chirurgicale des salpingo-ovarites suppurées.

Je dis *salpingo-ovarites*, car il n'a pas été dans ma pensée d'aborder ici l'histoire du traitement de toutes les suppurations pelviennes, et vous me permettrez, dans cette courte réplique, de ne pas suivre sur un aussi vaste terrain ceux d'entre vous qui ont à tel point élargi le débat. Me limitant aux faits que j'ai visés, je crois pouvoir dire que nous ne sommes pas si loin de nous entendre qu'il a paru à quelques-uns.

Il me suffit, pour l'établir, de rappeler les paroles qui terminaient ma note du 4 mai dernier.

Que disais-je, en effet ? — « Que toute collection siégeant d'un seul côté de l'utérus, chez une femme jeune et lorsque le cas est récent, si elle est abordable par le vagin, doit être d'abord attaquée par cette voie ; l'opération, ajoutais-je, sera souvent curative : elle ne mettra pas obstacle, si elle ne donne pas le résultat voulu, à une intervention ultérieure plus radicale. » Elle aura été alors, suivant l'heureuse expression plusieurs fois répétée à cette tribune, une opération d'attente.

Jamais je n'ai dit, comme on a semblé le croire, que la voie vaginale, dût être employée à l'exclusion de toute autre. J'aurais même pu, si j'avais voulu traiter la question dans son ensemble, vous apporter un nombre égal d'observations où il m'a paru meilleur d'avoir recours soit à la laparotomie, soit à l'hystérectomie vaginale.

Jamais non plus je n'ai soutenu que l'ouverture, par le vagin, des collections pelviennes, ne donnait que des succès. Pour trouver des insuccès et même des morts, il suffirait de parcourir mon travail où les mauvais résultats, comme les bons, sont consignés.

Je me sépare, cependant, de la majorité d'entre vous en ceci que, pour moi, ce procédé devrait être plus souvent employé qu'il ne l'est ; que, plus souvent aussi qu'on ne le croit, il donne des résultats durables.

J'ai été conduit à étendre le champ des indications de l'incision des culs-de-sac de la suppuration pelvienne par cette considération *a priori* que, pour les ovaro-salpingites suppurées, comme pour les abcès d'autres organes, il devait parfois suffire de donner issue au pus, sans qu'il fût absolument nécessaire de pratiquer l'ablation de la partie malade.

Sans vouloir appliquer l'incision vaginale à toutes les variétés de collections pelviennes, en la réservant, circonstances que j'ai spécifiées (femme jeune, lésion unilatérale, affection récente), en l'exécution de la façon que j'ai dite, je pense que cette opération — alors même que la lésion est un peu haut située, pourvu qu'elle soit accessible par le vagin — mérite de conserver la place à côté de la laparotomie et de l'hystérectomie vaginale de ce traitement chirurgical des abcès des trompes et des ovaires et des collections qui les avoisinent.

Doléris. — GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE TUBO-ABDOMINALE. — LAPAROTOMIE ; EXTRACTION DU FŒTUS ET DU PLACENTA INDÉPENDANT. — GUÉRISON. (*Société obstétricale et gynécologique de Paris.*)

Le 24 avril 1898, se présentait à la consultation une femme de 32 ans, envoyée, sans aucun renseignement, par deux médecins des environs de Paris, le Dr Fleur, de Montereau, et le Dr Bonnemaison, d'Egreville.

En l'interrogeant rapidement, on apprit que ses règles jusque-là normales étaient apparues pour la dernière fois en mai 1897. Dans la première quinzaine de juin, elles eurent lieu, mais peu abondantes, différant des règles ordinaires en quantité et en qualité. Les seins avaient augmenté de volume ; un vomissement, un seul, sans état nauséeux persistant, était survenu au début de juin. Dès la suspension des règles, la malade eut des douleurs dans l'abdomen, douleurs persistantes quelquefois très vives, d'autres fois supportables, siégeant toujours dans le bas-ventre. On pensa à ce moment à un début de grossesse. Le 7 novembre, 6 mois après, ayant mangé comme à l'ordinaire, la malade se couche et s'endort, lorsque subitement, vers 11 h. du soir, elle est prise d'une douleur effroyable, très violente, siégeant au niveau du creux épigastrique ; la patiente, anxieuse, était couverte de sueurs froides. Cette première douleur passée, d'autres lui succédèrent par intermittences, tous les quarts d'heure. Les souffrances durèrent 3 jours et 3 nuits, puis peu à peu se calmèrent. Cinq ou six jours après, la malade qui avait été forcée de garder le lit, put se lever ; mais ce n'est qu'un mois après qu'elle put vaquer à ses occupations : elle ne souffrait plus. Son ventre, à la suite, parut moins volumineux, sembla s'être modifié dans sa forme et « être descendu ». En janvier 1898, la malade eut une perte de sang qui dura 8 jours, d'abord, elle perdait des caillots et du sang liquide, un peu plus tard, dans le sang, elle remarqua des débris de membrane.

Ce furent là les renseignements rapides qu'on put recueillir avant l'examen.

Examen de la malade. — A l'examen, on voit le ventre distendu comme au 7e ou 8e mois de la grossesse. On constate sur la paroi antérieure de l'abdomen une ligne brune verticale très accentuée. A la palpation, on sent une tumeur irrégulière, transversale, bosselée, ayant la consistance d'un fibrome avec des parties nodulaires, un peu mobiles dans la région hypogastrique, s'accentuant vers l'hypochondre gauche. La partie située sous les fausses côtes gauches donne une sensation de craquement parcheminé. Dans la région hypogastrique, la tumeur est plus uniforme et beaucoup moins dure, presque rénitente. Au-dessous de la ligne ombilicale, le ventre est répressible et on sent une deuxième tumeur qui remplit l'excavation, dépasse le détroit supérieur légèrement et semble nettement séparée de la première. Dans la fosse iliaque droite, une saillie pointe vers le tégument et dépasse le ligament de Fallope de trois travers de doigt. Elle paraît cylindroïde de forme et accolée exactement à la masse intra-pelvienne dont elle semble faire partie. Il faut un palper fort délicat pour percevoir cette disposition. Néanmoins, cette particularité attire l'attention.

Au toucher, le col est situé tout à fait derrière la branche ischio-pubienne droite, très haut, assez mou, très court, et il semble se diriger vers la droite comme si l'utérus était déjeté de ce côté. Le palper combiné au toucher permet de sentir à nouveau un corps dépassant de 3 travers de doigt la branche horizontale du pubis et qui paraît être le corps de l'utérus peu volumineux et faisant suite au col. En arrière, le cul-de-sac de Douglas est rempli par une tumeur rénitente et élastique. L'hystérométrie, fort difficile à pratiquer, vu l'élévation et la déviation du col, confirme la direction de l'utérus à droite : la cavité est vide et mesure 9 cm. 5. Les seins contiennent du lait en abondance ; il y a des tubercules de Montgomery.

Le diagnostic probable est : grossesse extra-utérine et tumeur pelvienne, fibrome probablement. La séparation nette et l'indépendance des deux masses semblait justifier un tel jugement.

On chercha alors, par un interrogatoire plus approfondi, les antécédents de la malade, on prit des renseignements auprès de ses médecins.

Antécédents héréditaires. — Rien n'est à noter dans ses antécédents héréditaires. La malade a encore son père et sa mère, tous deux sont bien constitués et se portent bien. On ne relève aucune tare dans la famille. Elle a deux frères et une sœur en bonne santé.

Antécédents personnels. — La malade eut une fièvre typhoïde à 15 ans. Elle fut réglée à 17 ans, régulièrement : mariée il y a huit ans, à 24 ans. Elle n'a jamais eu d'enfants, ni de fausses couches. C'est une nerveuse, une irritable, mais sans crises, sans troubles de la sensibilité.

Son mari est bien portant.

Son médecin, le Docteur Bonnemaison, nous fournit les renseignements suivants : Il alla voir pour la première fois la malade, le 10 juillet, elle se plaignait de vomissements, de coliques ; il conclut à un début de grossesse. Il fut rappelé auprès d'elle le 9 novembre, c'est-à-dire 4 mois après. Il craignit une fausse couche : au toucher, il sentit le col légèrement dilaté, mais ne constata aucun écoulement de mucosité ou de sang. A l'auscultation du fœtus, il entendit les bruits du cœur, à droite et au dessous de l'ombilic. Sa résidence étant assez éloignée de celle de la malade, il conseilla à celle-ci d'envoyer chercher une sage-femme. Nous savons ce qui se passa : les douleurs abdominales cessèrent après 3 jours et 3 nuits, sans fausse couche. Au mois de mars dernier, on vint dire au Dr Bonnemaison que le ventre, au lieu d'augmenter, avait beaucoup diminué de volume. Le 11 avril, après examen, le Docteur conclut à la présence d'un « fœtus dans le ventre » de la malade et lui conseilla d'aller se faire opérer.

Opération. — L'opération fut faite par M. le Docteur Doléris, le 27 avril.

Une incision médiane partant de l'ombilic et allant jusqu'au pubis met à nu une tumeur volumineuse. Cette tumeur s'étend transversalement et un peu obliquement du flanc droit à l'hypochondre gauche. Elle est voilée par l'épiploon et adhérente à la paroi abdominale et à quelques anses intestinales. Après dégagement rapide des adhérences, on tombe directement sur la masse qu'on n'a pas de peine à reconnaître pour le corps d'un fœtus assez volumineux, reposant directement sur le paquet intestinal et enveloppé étroitement par l'épiploon en avant, sans qu'aucune paroi adventice limite une cavité kystique quelconque. Dans l'hypochondre gauche, on trouve la tête fœtale. Cette tête est enveloppée d'une membrane blanc opaque qui la recouvre comme un voile ; et à cette membrane adhèrent, par de nombreux tractus plus ou moins volumineux et longs, l'épiploon et les anses intestinales environnantes. Pour isoler la masse fœtale, il faut détacher l'épiploon, le relever, il faut détruire à la main les adhérences qui d'ailleurs se détachent facilement au niveau de leur insertion fœtale, laissant, après leur rupture, des tractus et des logettes au sein desquelles sont collectés des amas gélatineux rosés. De nombreux capillaires saignent au niveau des points adhérents. La libération de la tumeur fœtale est menée rapidement sans l'aide de pinces. La tête est soulevée, à son tour, les adhérences détachées au fur et à mesure ; on arrive à extraire un fœtus volumineux.

Sa position était légèrement oblique, la tête dans l'hypochondre gauche, au niveau des fausses côtes, le dos en avant, les avant-bras fléchis sur les bras et croisés sur la poitrine, les membres inférieurs fléchis et croisés absolument dans la situation normale d'un fœtus dans la cavité utérine.

Le cordon passe sous l'aisselle, longe le membre inférieur droit et va s'attacher sur une seconde tumeur intra-pelvienne dans laquelle il pénètre au travers d'un orifice étroit et disparaît. Il est libre dans son court trajet du fœtus à la masse tubo-placentaire ; il a l'épaisseur d'un centimètre et demi environ. Le cordon est coupé, le fœtus enlevé.

Reste cette grosse tumeur isolée de la première, globuleuse, arrondie, à paroi grisâtre, enclavée dans le petit bassin, adhérente à l'utérus, au rectum, à la paroi pelvienne, ayant délogé et rejeté l'utérus fortement à droite et en haut. On en fait la ponction, il ne s'en écoule qu'une matière boueuse d'abord, ensuite demi-liquide, rougeâtre. La paroi de cette tumeur est friable, les pinces n'en peuvent saisir et maintenir le tissu qui s'effrite et se déchire. La seule ressource est de détruire les adhérences et de l'enlever. Cette manœuvre est pénible et assez longue, elle a nécessité le décollement de la masse d'avec toute la surface de l'excavation, en clivant, avec les doigts, les couches membraneuses qui en constituent les parois. Le dégagement se fait entièrement du côté droit ; du côté gauche on reconnaît que la masse adhère à la corne utérine, mais en continuant le décollement, au lieu d'aboutir à la constitution d'un pédicule, on assiste à la libération entière de la masse par suite de la déchirure de l'attache friable de son insertion sur la corne gauche de l'utérus. Il apparaît nettement que c'est l'origine de la trompe sur l'utérus qui s'est rompue. Du côté droit les annexes sont intactes, mais déformées, oblitérées, enveloppées d'exsudats. A gauche, l'ovaire n'existe pas, confondu qu'il est avec la masse tubo-placentaire. On fait l'ablation des annexes à droite et on applique une double suture à gauche : l'une sur le ligament infundibulo-pelvien, l'autre sur la corne utérine. L'utérus est laissé en place.

Il est visible, en considérant la tumeur enlevée si péniblement, que l'on est en présence de la trompe, aux parois énormément épaissies, fixée par un matelas d'adhérences et contenant la masse placentaire ; la pénétration du cordon dans cette masse se fait à droite, en bas et en arrière par une ouverture très restreinte qui représente la déchirure de la tumeur tubaire par où s'est échappé, dans l'abdomen, le fœtus enveloppé d'une partie de ses membranes. La rupture a dû se faire vers la fin du 4e mois.

On fait la toilette du péritoine ; on résèque au thermocautère toutes les fausses membranes qui pendent de la face péritonéale des viscères et de la paroi. La partie inferieure du grand épiploon, qui était très adhérente et reposait sur le fœtus, est réséquée après suture en chaine. Les surfaces cruentées et saignantes sont rapidement touchées au thermocautère. Pas de drainage. On suture la paroi abdominale par 3 plans : deux profonds (péritoine — muscles et aponévrose) au catgut, en surjet — un autre plan cutané au crin de Florence.

L'opération a duré 30 minutes.

Les suites opératoires furent régulières. Actuellement la malade se porte très bien.

N. B. — Elle est sortie entièrement guérie le 29 mai.

Des coupes histologiques pratiquées sur divers points montrent que la paroi adventice est formée d'exsudats fibreux organisés. La paroi propre de la tumeur n'est autre que la paroi tubaire épaissie, hypertrophiée, creusée de larges canaux vasculaires. Sur la face interne de cette paroi viennent se greffer des villosités choriales de structure normale.

La coupe dans son ensemble retrace la disposition de l'implantation du placenta sur la surface de l'utérus gravide.

Réflexions. — Le cas qui fait le sujet de cette communication est le 3e d'un genre analogue à ceux que j'ai déjà relatés devant la Société obstétricale et gynécologique et le quatrième qu'il m'a été donné d'observer et d'opérer. Il s'agit de grossesse extra-utérine abdominale *ancienne*, avec fœtus amené à terme ou près du terme.

Celui-ci diffère des précédents en ce que le fœtus n'était en aucune façon enkysté dans une poche adventice distincte capable de l'isoler des viscères abdominaux. Après avoir fait irruption dans le ventre, au moment de la rupture de son kyste tubaire initial, entouré de son enveloppe amniotique, il a continué à vivre et à se développer au milieu des anses intestinales en restant relié par l'intermédiaire du cordon ombilical, au placenta. Celui-ci, de son côté, a poursuivi isolément son accroissement dans le kyste primitif tubaire situé dans l'excavation pelvienne.

L'existence d'un tel état de choses ne rendait possibles ni la marsupialisation d'une poche fœtale qui n'existait pas, ni par conséquent l'abandon de l'élimination du placenta à l'effort spontané ou à des manœuvres ultérieures pratiquées par la fistule marsupiale.

Il a fallu se résoudre délibérément à l'extraction de la tumeur tubo-placentaire, malgré les difficultés prévues et les dangers inhérents à ces sortes d'opérations. Malgré les obstacles et la perte de sang, d'ailleurs modérée, la marche de la guérison n'en a pas été entravée.

Doléris. — PROLAPSUS CONGÉNITAL COMBINÉ A L'ALLONGEMENT HYPERTROPHIQUE DE L'UTÉRUS ET SPINA-BIFIDA CHEZ LE NOUVEAU-NÉ. (*Société obstétricale et Gynécologique de Paris.*)

L'observation et la pièce anatomique qui font le sujet de ce travail sont d'une extrême rareté. On en connaissait en février 1897 six cas.

A cette époque parut en Amérique un intéressant mémoire de MM. Ballantyne et Thomson, dans lequel deux nouveaux faits sont rapportés.

Depuis, j'ai trouvé une neuvième observation publiée dans le *Münchner. med. Woch.*, n° 2, 1898, par Radwansky.

Celle-ci serait donc la dixième, si on se tient aux seules recherches bibliographiques qui paraissent avoir été très soigneusement faites par les auteurs précédents.

Toutes les observations publiées sont identiques sur un point : la coïncidence du prolapsus utérin et du spina bifida.

Elles sont dissemblables par d'autres côtés. En ce qui concerne la déviation utérine elle-même, on a noté tantôt le prolapsus seul, tantôt l'hypertrophie du segment cervical isolée. Il a été peu fait mention de l'association des deux lésions.

Enfin, si les auteurs se sont attachés à rechercher une étiologie rationnelle de ces troubles, je ne pense pas que le sujet ait été épuisé sur bien des points, ni qu'on en ait tiré tout le profit désirable au point de vue gynécologique proprement dit.

Le vendredi 18 mars, on amène à la consultation un enfant né le matin, à terme, par le siège. Il est du sexe féminin, et présente des malformations multiples.

1° Une tumeur siégeant à la région lombaire, paraissant avoir été du volume d'une petite orange, mais actuellement flétrie et réduite à son enveloppe. Celle-ci est constituée par la peau, d'aspect normal dans la région où elle se continue, avec le tégument de la région lombaire, mais très amincie et même ulcérée dans la partie qui formait le sommet de la tumeur. Elle présente, de plus, en cet endroit, de petites saillies papuleuses vasculaires, dont une surtout bien développée a les dimensions d'une pièce de 50 centimes.

Il s'écoule de la tumeur, pendant les cris de l'enfant, un liquide roussâtre, quelquefois du sang pur, par gouttelettes.

En tendant la peau, on peut avoir une idée de la forme primi-

tive qui devait être globuleuse, rattachée par une partie plus étroite à la région lombaire dont elle occupe la ligne médiane.

On sent au-dessous d'elle les arcs vertébraux incomplets, produisant de légers craquements pendant les cris de l'enfant.

Il s'agit d'un *spina bifida* lombo-sacré type (myélo-méningocelle) en voie de sphacèle sur certains points.

2° L'anus est difforme, il a plutôt la forme d'une fente antéro-postérieure béante. La muqueuse ano-rectale forme un bourrelet saillant à l'intérieur.

3° La vulve, normalement conformée, est entr'ouverte. A chaque cri de l'enfant, on voit descendre une petite masse rougeâtre du volume d'une noisette, lisse, qui tend à faire saillie au dehors, mais qui remonte légèrement dans l'intervalle des cris, on peut du reste, la réduire avec le doigt.

On n'a pas de peine à reconnaître qu'il s'agit du col de l'utérus allongé et énormément hypertrophié, très vasculaire, avec son orifice transversal agrandi, bordé par la muqueuse intra-cervicale en ectropion.

4° Deux pieds bots en varus équin, l'équinisme étant très peu prononcé.

On ne pouvait songer à une intervention immédiate, vu l'inflammation probable du kyste ouvert sur plusieurs points. La complexité des lésions qui dénotait un trouble profond des fonctions trophiques et motrices de la région inférieure du sujet ne laissait d'ailleurs pas grandes chances de succès.

Pansement à la poudre d'acide borique sur le spina-bifida, avec un pansement légèrement compressif.

21 mars. — Les parents renvoient l'enfant à l'hôpital, réclamant une intervention.

Il est dans le même état, à ceci près que le prolapsus utérin est complet.

On voit, en effet, sortir de la vulve, la tumeur cervicale arrondie plus volumineuse que la veille, en forme de battant de cloche, infiltrée et turgide. Une saillie circulaire du vagin l'entoure comme un anneau, de coloration moins vive.

Par la palpation pratiquée à la racine de la tumeur profondément, on sent un corps cylindroïde ferme, qu'on reconnaît pour être l'isthme de l'utérus ou le segment du corps immédiatement situé au-dessus de lui.

Le diagnostic semblait pouvoir être ainsi formulé :

Prolapsus utérin et colpocelle, avec énorme hypertrophie du col entouré circulairement par les parois vulvaire et vaginal inférieure éversées et herniées, vagin et culs-de-sac conservant leur siège normal.

La lésion, l'autopsie l'a démontré plus tard, était plus complexe en réalité, puisqu'au prolapsus et à l'hypertrophie du museau de tanche, s'ajoutait l'allongement atrophique de tout le segment vaginal du col, combinaison plus rare encore que les deux anomalies qui la constituent et qui, elles-mêmes, sont d'une extrême rareté.

On constate que les membres inférieurs sont dans un état de flaccidité complète, les articulations jouent dans tous les sens, le chatouillement et le pincement n'éveillent aucun réflexe, les membres restent immobiles.

L'enfant meurt la nuit suivante.

Les renseignements sur les parents sont très incomplets ; on sait seulement que le père boit beaucoup d'absinthe et que la mère est déjà accouchée d'un enfant normal actuellement vivant.

DÉTAILS DES LÉSIONS RÉVÉLÉES PAR L'AUTOPSIE.

M. Tintrelin, externe bénévole du service, s'est appliqué à faire de la pièce une dissection minutieuse.

Sur sa préparation les détails suivants ont pu être rigoureusement notés :

Le bassin tout entier est dépouillé de ses parties molles extérieures, la vessie a été rejetée à gauche et le rectum à droite, ainsi que le montre la reproduction photographique de la pièce.

1° *Spina-bifida*. — La poche étant ouverte, on voit les nerfs de la queue de cheval se terminer en se pénicillant sur la paroi de la tumeur.

L'orifice osseux du spina-bifida est elliptique, allongé de haut en bas et occupe la partie postérieure des deux dernières vertèbres lombaires et de la première sacrée.

Les arcs vertébraux sont détruits et, à cet endroit, la colonne vertébrale a subi un mouvement de flexion qui donne un angle sacro-vertébral postérieur de 45° environ d'écartement ; les mesures relevées ont donné pour l'orifice osseux d'où émerge la tumeur :

Hauteur	28 millimètres.
Largeur	14 millimètres.

2° *Bassin*. — A la vue, le bassin paraît largement évasé, profond, d'aspect infundibuliforme ; la symphyse pubienne est remontée et regarde en haut et en avant.

Les mensurations ont donné les chiffres suivants :

Grand bassin.	
Entre les épines iliaques antéro-sup.	46 millimètres.
Détroit supérieur.	
Diam. A. P. Promonto sus-pubien	40 millimètres.
Diam. transverse	35 millimètres.
Diam. oblique	33 millimètres.
Détroit inférieur.	
Diam. A. P.	35 millimètres.
Du fond du cul-de-sac de Douglas à l'angle sacro-vertical le diamètre vertical mesure	47 millimètres.

3° *Organes pelviens*. — L'examen de la cavité pelvienne permet de constater que le corps de l'utérus bien développé et d'une longueur de 15 mm. environ a glissé dans le fond de l'excavation ; il est recouvert en entier par la vessie.

Celle-ci occupe sa situation normale au-dessus de la symphyse ; elle est maintenue par l'ouraque et par ses ligaments antérieurs propres, intacts. Son volume paraît augmenté ; ses parois sont très hypertrophiées et épaisses de 2 à 3 mm.

Appareil ligamenteux de l'utérus. — Les ligaments ronds sont forts, résistants, régulièrement cylindriques et apparaissent de couleur blanc nacré sous le péritoine pariétal. Au niveau de l'anneau abdominal du canal inguinal, ils s'effilent et disparaissent sans se prolonger dans l'anneau, comme si le poids de l'utérus les eut attirés vers le bassin ; leur insertion paraît se terminer à la face profonde du péritoine.

Les ligaments larges sont normaux, résistants.

Les ligaments utéro-sacrés se présentent sous forme de deux bandelettes plates, larges de 2 à 3 mm. d'un blanc éclatant, placées de champ contre la paroi pelvienne.

Ils remontent du fond de l'excavation sur les côtés du rectum et viennent se terminer sur le méso-rectum, sans se prolonger jusqu'au corps des vertèbres lombaires, ce qui est leur mode d'insertion terminale ordinaire. Leur terminaison a lieu vers un point correspondant au niveau de la 2° vertèbre sacrée ; comme pour les ligaments ronds, leur insertion ostéo-aponvérotique fait défaut. Le méso-rectum est allongé et cet intestin lui-même a glissé vers le fond du bassin où sa hernie se dessine extérieurement à l'orifice anal.

Utérus. — Pour la description et les mensurations ci-dessous, la symphyse pubienne a été sectionnée de façon à bien mettre à découvert les 3 portions de l'organe : fond, isthme, col.

De l'extrémité du col à celle du fond, l'utérus mesure une longueur totale de 55 m.

Corps. — Il est pyramidal à base supérieure ; sa longueur mesure en avant, du cul-de-sac vésical utérin jusqu'au bord supérieur 15 m. m., en arrière, du fond du cul-de-sac de Douglas au bord supérieur, 23 m. m. ; sa largeur au niveau de l'insertion des trompes, c'est à-dire d'un angle à l'autre : 15 m. m.

Isthme. — Largeur : 8 à 10 mm.

Hauteur en avant : 12 mm.

Col. — Il forme une pyramide à base inférieure et à sommet supérieur, inverse, par conséquent, de celle représentée par le corps.

Il est formé de 2 portions, une supérieure intra-vaginale, une inférieure extra-vaginale.

La première est cylindroïde.

La seconde, sphéroïdale, présente l'aspect d'un champignon terminal.

La largeur de la portion cylindrique intra-vaginale, de même que son épaisseur, ou pour mieux dire, son diamètre transversal, est de 12 m. m.

La largeur de la portion terminale, située hors de la vulve, est de 28 m. m.

La longueur des deux portions réunies à partir du fornix vaginal jusqu'à l'extrémité libre, mesure dans son ensemble : 28 m. m. ; 18 m. m. pour la portion cylindrique, 10 m. m. pour la portion terminale.

L'orifice externe du col est, transversalement, d'un cent. environ. La muqueuse intra-cervicale est éversée, turgide, suintante. De l'orifice s'écoule un fluide gélatineux rosé. Le canal utérin est perméable dans toute sa hauteur.

Vagin. — Le conduit vaginal est affaissé et raccourci par l'effet du prolapsus. La partie inférieure bombe et fait une saillie légère à la vulve. En tirant l'utérus par en haut, on développe le vagin dans toute son étendue ; la longueur mesure alors : 14 m. m.

Ce simple artifice démontre la coexistence du prolapsus utérin avec l'allongement de l'isthme et du col.

Les rides et les sillons transversaux du vagin sont bien marqués ; les colonnes musculaires longitudinales antérieure et postérieure ne se voient point.

Vulve. — Elle est normalement conformée : grandes lèvres, petites lèvres, hymen annulaire rudimentaire, méat uréthral occupant son siège normal.

Jouin. — ANOMALIE DU SYSTÈME GÉNITAL. — ABSENCE D'UTÉRUS ET D'OVAIRES. — VAGIN INSUFFISANT. — DILATATION AVEC UN APPAREIL EN CAOUTCHOUC. — PRÉSENTATION DE L'APPAREIL. (*Société obstétricale et Gynécologique de Paris.*)

La malade qui fait l'objet de cette observation est atteinte d'une absence congénitale de l'utérus qui paraît être remplacé par un simple cordon fibreux difficile à sentir même sous le chloroforme. Elle n'a pas d'ovaires et par conséquent ne présente aucune trace de menstruation.

Le système pileux du mont de Vénus est rudimentaire. Les seins assez volumineux, le développement des hanches et tout l'aspect extérieur de la malade n'offrent rien de particulier à signaler.

Le vagin en cul-de sac n'avait, avant mon intervention, que 4 à 5 centimètres de longueur. Il se terminait en dôme et s'opposait par conséquent à tout rapprochement complet.

Souffrant moralement de cet état, la malade me proposa de l'opérer. Elle avait étudié son anomalie dans les traités spéciaux, et demandait que l'on dédoublât la cloison recto-vésicale pour allonger le canal et permettre l'intromission complète du membre viril.

L'opération était certainement rationnelle. Mais, en raison de l'ignorance où nous nous trouvons du point de réflexion du péritoine, elle n'était pas sans présenter quelque danger. Et puis ne devions-nous pas craindre le développement du tissu cicatriciel susceptible d'exagérer encore la résistance du fond du cœcum vaginal ?

Je proposai donc d'essayer, avant tout, d'agents susceptibles de dilater ce cœcum sans faire intervenir le bistouri.

Sur le conseil de Péan, je me servis d'abord de condoms remplis d'air. Le résultat fut nul.

Je ne fus pas plus heureux avec des morceaux d'éponge préparée.

Je fis alors construire par M. Collin l'appareil que j'ai l'honneur de vous présenter. Composé d'une petite poire en caoutchouc que l'on peut gonfler à l'aide d'une boule de même substance et laisser gonflée, au moyen d'un simple robinet, il présente ceci de particulier que le tiers supérieur de la poire, celui qui correspond à sa grosse extrémité,est en caoutchouc très souple et subit l'action dilatatrice de l'air d'une façon presque exclusive. Ce n'est donc plus une sphère, mais une véritable tige à grosse extrémité profonde que l'on obtient en gonflant l'instrument.

Grâce à cet appareil qui est appliqué toutes les nuits, j'ai pu doubler en quelques semaines la profondeur du vagin, et le résultat obtenu sans aucun danger me paraît véritablement supérieur à celui que donnerait une intervention chirurgicale dans un cas semblable.

Appareil d'exception correspondant à un fait très rare dira-t-on. Il me semble pourtant qu'avec quelques modifications, la même instrumentation pourrait rendre de grands services, dans les cas de vaginisme, substitué aux condoms autrefois recommandés par mon regretté maître Péan et qui m'ont donné personnellement quelques beaux résultats.

J'espère que l'avenir démontrera ce que j'avance un peu théoriquement aujourd'hui.

REVUE BELGE

Dr H. Lambinon. — UN CAS DE MÔLE HYDATIFORME. (*Journal d'Accouchements*, 7 août 1898.)

Anamnèse. — L'épouse X..., ménagère, âgée de 40 ans, demeurant rue Saint-Gilles, à Liège, a eu 10 enfants dont 9 sont encore en vie. Elle a attendu en vain le retour de ses menstrues le 22 février 1898.

A cette date, elle a eu une violente émotion, car un de ses fils ayant tiré au sort a malheureusement été désigné pour accomplir le service militaire.

Rien de bien spécial à noter jusqu'à la fin mars. A cette époque, elle a eu une perte légère. A partir du 1er mai 1898, se sont déclarées journellement des métrorrhagies abondantes, de couleur roussâtre, sans cause appréciable. Consulté par la patiente qui fait l'objet de cette observation, un praticien de notre ville a, dit-on, déclaré que *Mme X... était arrivée à quatre mois environ de sa dixième gestation*. Une accoucheuse est venue tamponner cette femme à domicile pendant une dizaine de jours, puis a cessé brusquement de la soigner.

Le 12 juin 1898, on nous prie par voie téléphonique d'aller rendre visite à cette malade.

Inspection. — Facies anémié, réellement cireux. Seins assez volumineux laissant suinter un peu de colostrum. Vergetures nombreuses et anciennes sur la région abdominale. On aperçoit quelques *caillots* de sang au niveau de la vulve.

La patiente a vomi depuis peu de temps quelques débris alimentaires.

Palpation. — L'utérus se trouve à trois bons travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

Auscultation. — Il est impossible de percevoir les doubles battements fœtaux.

Toucher. — Après avoir pris les précautions antiseptiques usuelles, on fait les constatations suivantes : vulve et vagin assez larges. Le col de l'utérus est dilaté comme une petite paume de main et permet de constater la présence non seulement d'un caillot fort volumineux, mais encore d'une masse friable composée d'une multitude de petites vésicules semblables à des œufs de caviar.

Traitement. — La cause du mal est manifeste, car nous sommes en présence d'un cas de grossesse molaire. Malgré l'état précaire de la patiente, nous décidons de faire un curage soigné de la cavité utérine. Mlle *S. Budo*, accoucheuse, a l'obligeance de nous servir d'aide. Pendant que nous introduisons les doigts dans l'utérus, elle presse sur la paroi abdominale de la malade de façon à refouler la matrice de haut en bas. Cette manœuvre a été exécutée d'une manière très habile.

Nous avons pu retirer à plusieurs reprises de la cavité utérine des débris de môle constituant, en somme, une masse grosse comme un poing composée de petites vésicules en quantité innombrable.

Après le curage, pour combattre le collapsus imminent, nous avons recours aux injections *rectales* de liquide physiologique. On administre, en outre, à l'épouse X... de l'ergot et du vin de Bordeaux.

13 juin. — Facies rassurant, langue belle. L'opérée a pris du lait, trois jaunes d'œuf et un peu de vin. T° 36°6. Pouls bon et régulier.

14 juin. — La patiente s'est levée en dépit de nos conseils et souffre certainement de cette imprudence. Loquacité exagérée. T° 38°5. Pouls 125. Repos absolu. Diète. Antipyrine : 1 gr. *pro dosi* deux fois par jour.

15 juin. — Le calme est revenu. T° 37°5. Pouls 85. Diète. Pas de médicaments.

16 juin. — Le facies reste anémié. T° 37°3. Pouls 80. On donne à l'opérée du bouillon, du lait et du pain.

17 juin. — Même état. Même régime.

18 juin. — Mme X... se plaint de ne pas bien digérer ses aliments. Elle prendra 3 doses de 25 centigr. de pepsine allemande soluble pour favoriser la digestion.

19 juin. — Digestion meilleure permettant de prendre du pain, du bouillon et de la viande.

20 juin. — Amélioration complète. L'opérée se lève et prend pour combattre l'anémie 15 gouttes de teinture de fer pommé au moment des repas.

En juillet, nous avons revu l'épouse X... bien heureuse d'avoir pu se guérir et reprendre toutes ses occupations.

Réflexions. — Les cas de môle hydatiforme rentrent dans la pathologie de la grossesse et ne sont pas très fréquents. Ainsi, en 1896, dans la statistique de la Maternité de Paris, dressée par *P. Budin*, nous trouvons sur un total de 2563 accouchements et avortements, *un seul* cas de grossesse molaire. En 1897, on n'a pas même observé dans ce service un cas de grossesse molaire sur 2578 accouchements. Une espèce beaucoup plus rare encore, c'est la *môle sanguine*, dans laquelle le placenta présente une série de masses formées de sang noirâtre coagulé. Nous en avons publié un cas en 1896 (voir *Journal d'Accouchements*, 1896, p. 295).

Le seul lien qui puisse rattacher l'une à l'autre ces deux observations est l'existence de *plusieurs* fausses couches ou grossesses antérieures.

Pour éviter des erreurs de diagnostic du genre de celle commise par notre confrère lors de l'examen de Mme X..., il n'y a qu'un seul remède : *ne pas affirmer l'existence d'une grossesse sans avoir obtenu les signes de certitude*. C'est une façon d'éviter bien des déboires. Ces faits peuvent avoir entre autres une grande importance médico-légale. Nous l'avons dit et répété : Dans toute affaire d'avortement soumise aux magistrats, *si l'on n'a pas pu voir le fœtus*, l'examen microscopique et macroscopique du placenta acquiert une importance colossale.

Tout ouvrage dont il sera envoyé deux exemplaires sera annoncé et analysé s'il y a lieu.

R. PICHEVIN, *Directeur-Gérant*.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE DAIX FRÈRES.
Maison spéciale pour Journaux et Revues.



SOMMAIRE

DU SPHACÈLE DES FIBROMES INTERSTITIELS DE L'UTÉRUS

Par Vautrin,

Professeur agrégé à la Faculté de Nancy.

—

Une récente discussion à la Société de chirurgie a appelé l'attention sur le sphacèle des fibromes intra-utérins et sur les dangers de leur thérapeutique. Les opinions émises ne diffèrent pas de celles de tous les opérateurs ; les faits apportés au débat sont de pratique courante : il n'y a donc pas matière à longue dissertation sur ce sujet. Un petit coin de la question du sphacèle des fibromes n'a peut-être pas été assez fouillé et mis à jour, je veux parler de la pathogénie et de l'histoire clinique du sphacèle des tumeurs fibreuses incluses dans les parois de l'utérus. Je désire me servir de quelques faits que j'ai observés, pour étudier ce point spécial de pathologie utérine.

Il y a longtemps déjà que Levret (*Mémoires de l'Académie royale de chirurgie*, 1778, t. III), que Bayle (*Dict. des sciences médicales*, 1813, t. VII), puis Malgaigne (*Les polypes utérins*, thèse d'agrégation, 1835) avaient esquissé l'évolution des fibromes interstitiels de l'utérus et montré leur tendance à se faire jour vers la cavité utérine. Ces mêmes auteurs avaient remarqué que les myômes de l'utérus, de volume et de siège si variables, étaient sujets à certaines dégénérescences parmi lesquelles on accorda, jusque vers 1835, la première place à la dégénérescence cancéreuse. Il faut arriver à Cruveilhier pour voir sombrer peu à peu les idées soutenues par Malgaigne, Dupuytren et Lisfranc, sur la transformation fréquente des myomes en cancer. Cruveilhier eut le mérite de démontrer que le ramollissement des fibromes n'est pas le signe d'une dégénérescence cancéreuse, mais la preuve d'une modification dans la nutrition de la tumeur. La gangrène des fibromes fut dès lors admise, mais sans que l'on se préoccupât d'en rechercher les causes.

Il est reconnu depuis longtemps que les myomes à évolution intra-utérine, parvenus à l'état de polypes, c'est-à-dire appendus aux parois de la matrice par un pédicule plus ou moins grêle, sont prédisposés au sphacèle. L'insuffisance de leur vascularisation, l'allongement progressif du pédicule, la torsion ou la compression de ce pédicule, l'action ischémiante des contractions utérines et l'inflammation, sont autant de circonstances qui expliquent surabondamment la gangrène. Il n'est pas besoin même, pour que le sphacèle survienne dans les fibromes intra-utérins, que leur surface d'implantation soit réduite à un simple pédicule ; l'on voit fréquemment des tumeurs sessiles tomber en gangrène, dès que l'inflammation partie de la cavité utérine a dégénéré leur tissu et oblitéré leurs vaisseaux nourriciers. Mais si ce processus explique aisément le sphacèle des tumeurs intra-utérines, il ne saurait suffire à nous donner la clef des phénomènes de nécrobiose qui atteignent parfois les fibromes insterstitiels, enfouis en plein muscle utérin, et soustraits aux influences septiques qui peuvent se manifester dans le canal utéro-vaginal.

Je ne veux pas envisager ici les différents modes de dégénérescence qui peuvent atteindre les fibromes interstitiels et qui aboutissent aux transformations myxomateuses, œdémateuses, kystiques ; il me suffit de considérer seulement le processus suivant lequel une tumeur fibreuse passe à l'état de nécrobiose ou de sphacèle. Il est des fibromes qui par leur constitution même et leurs rapports avec le tissu utérin, ne sont jamais exposés à la gangrène, se sont ceux qui n'offrent aucune limitation nette à leur surface extérieure et dont les éléments myomateux se confondent sans démarcation avec les fibres musculaires utérines.

Cruveilhier niait l'existence de ces tumeurs, mais il est prouvé aujourd'hui qu'elles sont loin d'être rares. Au point de vue de l'évolution, ces fibromes participent de la nutrition de l'utérus lui-même et reçoivent leur vascularisation du milieu ambiant.

Il en résulte que ces fibromyomes n'ayant aucune indépendance, faisant partie intégrante de l'organe nourricier, ont une vitalité assurée et ne sont point exposés au sphacèle.

Le fibrome encapsulé, au contraire, solitaire dans une loge à parois si nettes qu'on l'a comparée maintes fois à une bourse séreuse (Cruveilhier), se présente sous un tout autre aspect. La vascularisation de ces myomes encapsulés a donné lieu à nombreuses controverses. Cruveilhier leur déniait des artères importantes et décrivait seulement autour d'eux un réseau veineux formant leur limite.

Gusserow (*Handbuch der spec. Chir. von Luschka u. Billroth*, IV Band, 4.) pensait qu'ils recevaient leurs matériaux nutritifs par l'intermédiaire d'adhérences secondaires développées vers le tissu ambiant ; enfin pour Virchow, les fibromes primitivement bien nourris par des connexions vasculaires étroites avec le tissu utérin, peuvent s'isoler peu à peu, à mesure qu'autour de leur capsule propre les vaisseaux se raréfient au milieu de lames celluleuses qui disparaissent à leur tour. Cette opinion est généralement adoptée, et l'on ne compte plus aujourd'hui les examens histologiques qui ont démontré l'existence de nombreux vaisseaux artériels, veineux et lymphatiques (Dupuytren, Billroth, Lebec) dans les fibromyômes. Les recherches de Sevastopoulo (Thèse de Paris, 1875), de Lancereaux (Atlas d'anatomie pathologique), de Costes (Thèse de Paris, 1894-1895) ont surabondamment prouvé que le fibromyome ne se développe pas « dans le tissu cellulaire des organes à la manière des Entozoaires » (Cruveilhier), mais bien suivent le mode habituel des tumeurs de l'organisme, c'est-à-dire en puisant directement dans la circulation sanguine les principes nécessaires à son accroissement. Il est reconnu, d'ailleurs, que plus un corps fibreux interstitiel prend avec l'utérus des connexions intimes, plus il est mou et gorgé de sucs nourriciers, moins il est exposé au sphacèle.

Mais rien n'est plus variable et sujet à des modifications imprévues, que la vascularisation d'un corps fibreux interstitiel. La menstruation, la grossesse, les congestions accidentelles provoquées par le surmenage, la constipation, l'inflammation si commune dans la sphère génitale, jouent un rôle des plus importants. La grossesse amène un accroissement rapide du fibrome ; la ménopause en détermine parfois l'atrophie. L'activité sexuelle de la femme, période pendant laquelle les congestions sont périodiques et intenses, influe directement sur l'accroissement des fibromes. Le développement de ces tumeurs est donc en raison directe des apports nutritifs qu'elles reçoivent ; on peut en tirer cette conclusion que le défaut de vascularisation amènera le sphacèle.

Ainsi que le faisaient remarquer encore récemment Tuffier, Quénu et Potherat, à la Société de chirurgie, le sphacèle des fibromes se produit par *ischémie* ou par *infection*, souvent par ces deux processus réunis. La gangrène par ischémie seule, indépendamment de toute infection intercurrente, est exceptionnelle dans les fibromes interstitiels. Elle existe réellement ; je n'en veux pour preuve que le fait suivant que j'ai observé récemment.

Mlle D..., âgée de 41 ans, de Nancy, atteinte de fibrome utérin depuis treize ans, m'est adressée par mon excellent collègue et ami, le docteur Remy. Cette Femme, d'une bonne santé habituelle, n'avait présenté autrefois comme maladie qu'une crise de chorée à l'âge de 9 ans. Réglée à 12 ans, elle n'avait observé d'irrégularités dans la menstruation que depuis deux années. Les métrorragies étaient devenues fréquentes et abondantes. Depuis cinq mois, la malade perdait constamment un liquide sanguinolent dont l'abondance devenait inquiétante à chaque époque menstruelle.

Mlle D..., depuis quelque temps, était tombée dans un état d'anémie extrême et présentait des accidents d'œdème, de dyspnée et d'épuisement général qui causaient des craintes sérieuses à son entourage. Son teint jaune paille dénotait une misère physiologi-

que profonde, et les débuts d'une cachexie qui devait rapidement aboutir à une crise fatale. Je décidai d'intervenir au plus tôt.

Le volume du ventre n'était pas considérable. La tumeur occupait surtout le côté droit et remontait jusqu'à peu de distance de l'appendice xiphoïde. Sa consistance ferme, sa mobilité relative et son aspect régulier indiquaient une masse fibromateuse unique. Au toucher, on trouvait un col petit, dur, et au-dessus, une tumeur globuleuse faisant relief dans les culs-de-sac antérieur et postérieur.

Il s'agissait d'une tumeur développée aux dépens de la totalité de l'utérus.

Les organes paraissaient normaux. Les urines n'étaient point altérées. On notait seulement un souffle à la base du cœur.

L'opération fut pratiquée en février 1898. L'extirpation totale de l'utérus fibromateux fut exécutée suivant mon procédé habituel, qui n'est autre chose qu'une combinaison de la méthode américaine et de celle de Doyen. Il n'y eut aucune complication dans l'acte opératoire. Après la ligature des quatre pédicules vasculaires, la collerette péritonéale fut suturée au catgut et le ventre fut fermé sans drainage.

Les suites de l'opération ne furent troublées par aucun accident, et la malade pouvait rentrer chez elle guérie, moins d'un mois après l'intervention.

L'utérus extirpé avec le fibrome présentait une forme régulière, ovoïde et portait symétriquement les trompes et les ovaires extirpés en même temps. (Cette pièce anatomo-pathologique est conservée au musée de la Faculté.) Sur une section verticale et antéro-postérieure, on constatait la présence d'une masse unique, enchâssée dans le muscle utérin. Cette masse, d'aspect brun chocolat, ne ressemblait en rien à la coupe à un fibromyome ordinaire, et cependant elle en avait la forme régulière, les rapports et même la consistance. Le couteau traversant cette tumeur, donnait la sensation d'une résistance comparable à celle que donne un fibrome demi-dur. A l'œil nu, on reconnaissait facilement la disposition caractéristique des fibres qui, par places, s'enchevêtraient en un réseau inextricable et en d'autres points se repliaient en traînées parallèles pour constituer des noyaux plus distincts, sortes de tourbillonnements bien décrits par Costes. A n'en pas douter, il s'agissait d'un fibromyome, de consistance égale en tous ses points, d'apparence uniformément brunâtre, sans parties ramollies et sans œdème interfasciculaire. La capsule limitante très distincte, semblait séparée du tissu ambiant par un léger espace celluleux, que la sonde cannelée parcourait sans effort en déchirant quelques maigres tractus qui constituaient les seuls moyens d'union avec les fibres utérines.

Vers le pôle supérieur de l'utérus, la paroi propre de l'organe avait son maximum d'épaisseur, environ deux centimètres ; cette lame pariétale allait s'amincissant vers le segment inférieur et postérieur où elle ne présentait plus qu'un centimètre.

Sur la coupe, on rencontrait la cavité utérine au-dessous et un peu en avant de la tumeur, séparée de celle-ci par une épaisseur de tissu de 4 à 5 millim. environ. Cette cavité, d'une longueur totale de 7 centim. 5, continuait le canal cervical en se recourbant fortement en avant ; elle était assez fortement dilatée en largeur, mais peu augmentée en longueur. La muqueuse paraissait saine, ce qui s'explique d'ailleurs parfaitement, si l'on songe que le conduit utéro-vaginal était toujours resté indemne de toute contamination, grâce à la présence de l'hymen et aux soins méticuleux de propreté dont la malade avait été constamment entourée.

Le fibrome s'était développé dans la paroi postérieure de l'utérus, sans se mettre directement en rapport avec la muqueuse, dont il était séparé par une épaisseur de tissus faible à la vérité, mais encore appréciable. Aucune trace d'inflammation ne pouvait être constatée ni sur la muqueuse, ni dans le tissu sous-muqueux. La tumeur était en nécrobiose totale, ainsi qu'il était aisé de le remarquer par contraste de sa coloration avec celle du tissu utérin. Grâce à l'absence d'éléments phlogogènes, ce fibrome encapsulé, dépourvu de toute vitalité, restait à l'état de corps étranger aseptique dans le tissu utérin, où malgré sa masse considérable (20 centim. en hauteur, 14 en épaisseur), il était parfaitement toléré.

Il est bon de reconnaître néanmoins que la présence de cette tumeur en nécrobiose, n'avait pas été sans retentir indirectement sur l'état général de la malade. Bien qu'il ne soit pas possible de dire à quelle époque le myome avait été privé de ses moyens de nutrition, à quel moment précis il avait cessé de vivre, il est cependant important de signaler que depuis deux mois seulement la malade s'anémiait rapidement sous l'influence de pertes sanguinolentes continuelles et prenait un teint cachectique prononcé. Faut-il attribuer cette déchéance subite aux écoulements utérins abondants, ou devons-nous plutôt accuser de cet épuisement général le foyer de nécrobiose et la résorption de produits en voie de désorganisation. On n'en est plus à prouver aujourd'hui l'existence et le rôle des réseaux lymphatiques dans les fibromyomes et à leur périphérie. Pourquoi, même en l'absence de toute irrigation sanguine, les lymphatiques ne continueraient ils pas à rester perméables et à charrier du foyer nécrosique vers la circulation générale des éléments de désintégration, des principes nocifs au premier chef, puisqu'ils sont en nécrobiose ? Ceux qui ont une certaine expérience de la pathologie utérine, n'ignorent pas que certaines malades atteintes de fibromes utérins, en voie de dégénérescence graisseuse ou kystique, présentent des symptômes d'une cachexie particulière se caractérisant par de l'anémie, de l'œdème, un teint jaune paille, de l'inappétence et un certain affaiblissement général variable. Ce qui se passe dans ces cas, où les tumeurs sont en voie de désagrégation ou de mortification partielle, doit s'observer à *fortiori* lorsque la totalité d'un fibrome tombe en nécrobiose. Il faut donc accorder à la résorption des principes issus du foyer gangréneux, le rôle principal dans la cachexie observée chez notre malade. Toutefois, les écoulements ont pu par leur persistance inaccoutumée, contribuer à précipiter la déchéance, de sorte que l'union des deux facteurs, adultération du sang par des produits en voie de régression et métrorragies, préparait les plus graves accidents.

Il est à noter qu'à partir du moment où le fibrome, privé de ses matériaux de nutrition, tombait en nécrobiose, les pertes de sang, qui jusqu'alors ne se produisaient qu'aux époques menstruelles avec une certaine abondance, devenaient tout à coup continues et affectaient un caractère spécial. Les écoulements vaginaux étaient légèrement sanguinolents, parfois aqueux, sans odeur et sans aucune septicité. Ils ressemblaient tantôt à de l'hydrorrée, tantôt à un suintement lochial intense.

Quelle était la cause de ces pertes survenues presque inopinément ?

Faut-il l'attribuer à une altération de la crase sanguine et à des modifications de la plasticité du sang, sous l'influence de la résorption de matières nécrobiosées ? Cette hypothèse est peu plausible. Je crois plutôt à l'influence de voisinage exercée sur la muqueuse utérine par le fibrome gangrené. La présence de cette tumeur devenue corps étranger, ne pouvait aller sans une certaine irritation à sa périphérie, sans une congestion active dans les tissus environnants. D'autre part, le trouble circulatoire résultant de l'oblitération des artères destinées à la tumeur avait causé une stagnation permanente dans le réseau veineux toujours riche, juxtaposé à la capsule du fibrome. Cet œdème périphérique prédispose toujours à des écoulements abondants.

Quelle est donc la raison de cette nécrobiose d'un fibrome parvenu à un volume considérable, au centre d'un tissu utérin sain et bien vascularisé ? On ne peut accuser en aucune façon l'inflammation, qui aurait du reste déterminé un sphacèle véritable, avec son cortège d'accidents septicémiques généraux et locaux. J'ai dit que la cavité utérine ne présentait aucune trace d'une infection quelconque. Nous devons donc admettre que la nécrobiose s'est produite uniquement par ischémie, sans le concours d'aucun élément microbien. Jusqu'au jour de l'opération, le fibrome est resté à l'état de foyer de nécrose aseptique, isolé de la circulation sanguine, non pas enkysté puisque les voies lymphatiques avaient dû conserver jusqu'à un certain degré leur perméabilité, mais parfaitement toléré. Que serait-il advenu dans la suite ? En supposant un parfait maintien de la santé générale au point de vue d'une infection quelconque, la tumeur, frappée de mort, eût pu demeurer longtemps encore inoffensive, soumise seulement aux phénomènes de dégénérescence graisseuse et de désagrégation lente, qui dans l'organisme sain finissent par avoir le dernier mot. Après quelque temps ; on n'eût plus trouvé dans le muscle utérin qu'un foyer ramolli et progressivement diminué, destiné lui-même à une disparition complète.

Il est douteux que ce processus eût pu s'accomplir sans qu'un trouble intercurrent vînt compliquer la situation. Outre que les symptômes généraux d'anémie et de cachexie se fussent peut-être manifestés avec plus de violence jusqu'à préparer une issue fatale, la malade fût restée exposée au danger de la suppuration du foyer et de l'élimination consécutive.



La nécrobiose par ischémie a été rarement observée dans les fibromes interstitiels, si j'en juge par mes recherches dans les travaux des différents auteurs, presque tous muets sur ce point. Il est vrai que la pièce anatomique que je viens de décrire est une trouvaille fortuite. Peut-être la nature emploie-t-elle ce processus plus souvent qu'on ne croit, pour se débarrasser de certaines tumeurs fibreuses, qui après la ménopause, disparaissent pour ne plus laisser de traces. Si la nécrobiose de la masse totale d'un corps fibreux est exceptionnelle, il n'en est pas de même de la nécrobiose partielle que l'on observe au centre des grosses tumeurs, où la nutrition est entravée. La mortification s'y produit, dit Pozzi, en foyers, avec formation de masses molles, phymatoïdes, qui, plus tard, tombent en déliquescence, et constituent des cavités ou géodes, pleines d'une bouillie plus ou moins liquide, où le sang peut se mélanger en proportion variable (Lucas-Championnière). J'ai rencontré de volumineux fibromes presque entièrement évidés par des cavités de ce genre, les unes contenant un liquide graisseux, les autres renfermant du sang ou un magma muqueux. Nul doute que dans nombre de cas où l'on note de l'œdème ou des îlots de dégénérescence graisseuse dans un fibromyome, il ne s'agisse de phénomènes ressortissant à une ischémie partielle de la tumeur. Un grand nombre de fibromes devenus kystiques, — variétés lymphangiectasiques et télangiectasiques mises à part — ne sont autre chose que des tumeurs où la vascularisation devenue précaire, a cessé dans divers départements situés généralement au centre. L'œdème et la dégénérescence graisseuse sont donc provoqués par un trouble circulatoire, soit que ce trouble résulte d'une ischémie progressive inhérente à l'évolution même du fibrome, soit qu'il découle d'une inflammation ayant amené de l'artérite ou de la phlébite oblitérantes.

Le sphacèle total d'un corps fibreux relève des mêmes causes que le sphacèle partiel. Si l'on remonte à la pathogénie du fibrome utérin et à son évolution, on comprend aisément la raison de la gangrène survenant par ischémie. D'après Klebs, Kleichenwachter, Pilliet, Meslay et Hyenne (*Annales de gynécologie*, juillet 1898), le fibromyome doit être considéré comme se développant autour des petits vaisseaux. Sous une influence inconnue, dit Costes, certainement liée à l'activité de la circulation, un capillaire se met à proliférer. Son endothélium reste intact, mais à sa périphérie, dans l'adventice, se forme une zone de cellules embryonnaires, qui se multipliant et se développant, donnent naissance à une rangée de fibres musculaires lisses dirigées circulairement autour du vaisseau. Les cellules embryonnaires continuant leur multiplication, forment successivement d'autres couches, les plus jeunes repoussant les plus âgées vers la périphérie. Tel est le mode de formation du myome, bien vascularisé au début de son existence.

En même temps que le vaisseau prolifère, il émet des pointes d'accroissement (Costes) autour desquelles de nouveaux nodules se forment : il s'organise, prend des dimensions plus grandes afin de suffire aux besoins de la néoformation. L'influence irritative que je viens de décrire autour d'un petit vaisseau, d'un capillaire, atteint un certain nombre de ces vaisseaux dans un même département d'irrigation sanguine, de sorte que par la réunion des nodules néoformés, il se forme assez rapidement une masse fibromateuse composée, dont la nutrition est d'autant mieux assurée que chacun de ses éléments est vascularisé séparément. Lorsqu'un grand nombre de couches musculaires, lisses, se sont superposées autour du capillaire, les couches périphériques, les plus éloignées du vaisseau, ne reçoivent plus le sang en quantité suffisante pour soutenir leur vitalité ; aussi les voit-on disparaître et faire place à des faisceaux de tissu fibreux.

Le fibromyome est dès lors formé. Le développement d'une coque fibreuse, autour de la tumeur, l'isole du tissu utérin ambiant et gêne la circulation au point de l'entraver complètement, lorsque les vaisseaux pénétrant dans les nodules sont entourés et étouffés par une gaine inextensible. Les tumeurs d'accroissement rapide, riches en vaisseaux sanguins, sont composées presque uniquement de fibres musculaires lisses et gardent une consistance molle. Au contraire, les tumeurs dures, de nutrition ralentie, sont exposées aux dégénérescences diverses et au sphacèle. C'est à la dégénérescence fibreuse des myomes, à la formation d'une capsule fibreuse qui les rend peu à peu indépendants du tissu ambiant comme rapport intime et comme nutrition, qu'il faut attribuer le sphacèle partiel et le sphacèle total. On explique ainsi parfaitement la fréquence des divers modes de dégénérescence observés dans les fibromes de l'utérus et la rareté de la nécrobiose totale. Pour que ce phénomène soit observé, il est nécessaire que la vascularisation de la tumeur soit suspendue d'emblée et que les différentes artères qui l'irriguent soient oblitérées en même temps. Cela ne peut guère se produire que dans les cas exceptionnels où la tumeur interstitielle est nourrie à l'instar d'un myome pédiculé, par un ou plusieurs gros vaisseaux juxtaposés. L'oblitération des vaisseaux nourriciers, lorsqu'elle ne résulte pas d'un processus inflammatoire et septique, ne peut s'expliquer que par l'action progressivement constrictive et anémiante du tissu fibreux, ou par les contractions répétées du muscle utérin cherchant à rejeter de son milieu le fibrome dont il s'est isolé. Le rôle de ces contractions utérines ne saurait être discuté, puisqu'il est d'observation clinique courante qu'un fibromyôme primitivement interstitiel se trouve refoulé en peu de mois vers la surface péritonéale ou vers la cavité utérine, au point de se pédiculiser et de perdre tout point de contact avec le tissu où il a pris naissance. La contraction utérine s'exerçant à la périphérie du fibrome, ne se fait pas sentir avec une force égale en tous les points de sa surface, puisque l'épaisseur de la partie active du muscle est variable.

Lorsque la tumeur est plus rapprochée de la muqueuse, les efforts des contractions la sollicitent vers la cavité utérine ; mais le déplacement en ce sens ne se fait pas avant que la lame des fibres musculaires lisses qui double la muqueuse n'ait été forcée et réduite à néant. Aussi longtemps qu'elle résiste, le fibrome subit dans sa loge l'effet concentrique et inégal des contractions utérines, et cet effet se traduit par une tendance au déplacement, à une sorte de rotation plus ou moins empêchée par les adhérences péricapsulaires. Les mouvements de rotation communiqués au fibrome dans sa loge, tendent à le rendre de plus en plus mobile et à raréfier le tissu qui le circonscrit, de sorte qu'au bout d'un certain temps, on le trouve séparé du muscle utérin par un espace celluleux, sillonné de quelques cloisons peu résistantes supportant des vaisseaux très grêles. Ces vaisseaux, soumis à des efforts et à des tractions lorsque l'utérus se contracte, s'amincissent et s'allongent, finissent par disparaître dans les cloisons celluleuses où on ne les distingue plus des autres éléments anatomiques.

On voit donc que l'ischémie dans un fibromyome est favorisée par deux facteurs principaux : la dégénérescence fibreuse et la contraction utérine. A coup sûr, dans l'observation précédente, c'est à ce processus combiné que l'on doit attribuer la nécrobiose. Que secondairement certains germes septiques viennent contribuer au travail de désintégration qui va s'accomplir dès que l'ischémie survient, et l'on assiste au sphacèle et à la gangrène du fibrome dans sa cavité intrapariétale. Ces faits de gangrène et de suppuration en plein muscle utérin ont été observés fréquemment ; je ne veux pas les étudier longuement. Ils se traduisent par des symptômes locaux et généraux, qui en imposent souvent à un observateur non prévenu pour des suppurations péri-utérines.

Les indications opératoires sont alors difficiles à dégager et l'intervention expose à de grands risques. Lorsqu'on pratique une expectation trop prolongée, on peut voir la malade succomber à la septicémie, après évacuation du foyer putride par voie vaginale ou par voie abdominale. Généralement, l'élimination spontanée s'opère par la cavité utérine et se fait lentement à cause de l'écoulement difficile du liquide. Mais quand le foyer se trouve au voisinage du péritoine, l'utérus prend des adhérences avec la paroi abdominale et l'évacuation se fait spontanément à l'extérieur. Cette terminaison exceptionnelle a été signalée depuis longtemps et l'on en trouve des exemples dans Broca (t. II, p. 263, du *Traité des tumeurs*), dans Demarquay (*Traité clinique des maladies de l'utérus*, Paris, 1876, p. 159), dans Mermer (Thèse de Paris, 1883), etc. Des faits bien connus de Loir, de Huguier, de Velpeau sont souvent cités dans la littérature médicale ; on en trouverait d'analogues en assez grand nombre.

La nécrose septique des fibromes interstitiels constitue une complication d'autant plus grave, qu'elle ne peut être que tardivement reconnue. Aucun symptôme pathognomonique ne peut la révéler, ni la douleur, ni la tuméfaction, ni même la fièvre qui affecte une allure discontinue et irrégulière. On en est réduit à des hypothèses jusqu'au moment où l'apparition d'un suintement vaginal caractéristique par son aspect et son odeur vient donner la certitude. A ce moment il est déjà bien tard ; l'existence de la malade est compromise. Combien le tableau est différent avec la nécrobiose interstitielle, lorsque le foyer a pu rester à l'abri de l'intrusion de germes septiques ?

II

Le sphacèle des fibromes interstitiels offre un pronostic variable, suivant que la nécrobiose est restée aseptique, ou que la désorganisation de la tumeur s'est opérée avec le concours d'agents microbiens.

La nécrobiose simple peut aboutir à la disparition complète de la tumeur, constituant au point de vue clinique, un processus analogue à la dégénérescence qui provoque la disparition de certains corps fibreux après la grossesse. Il est possible, — mais le fait n'est pas prouvé, — que des fibromyomes volumineux, enchâssés dans le muscle utérin, subissent par le fait de cette nécrose aseptique, une résorption progressive et totale, amenant la guérison en dernière analyse. Mais il est beaucoup plus fréquent de voir le foyer de nécrobiose s'infecter secondairement, produire par la fonte putride des masses fibromateuses, dont l'élimination peut donner lieu aux accidents les plus divers. Parmi ces accidents, il faut signaler en premier lieu la septicémie avec ses conséquences, les phlébites et les lymphangites, les embolies septiques, les suppurations péri-utérines ou intraligamentaires, les adhérences péritonéales, la péritonite et l'ouverture du foyer dans les organes creux voisins. Ces complications rendent le pronostic bien sombre et compliquent la tâche du chirurgien. Ce n'est pas tout. La nécrose aseptique, même exempte de l'adultération par des principes septiques, peut évoluer comme dans le fait que j'ai rapporté plus haut, de telle façon que l'état général de la malade en soit profondément affecté. Ces phénomènes d'anémie, d'altération du sang et de quasi-cachexie que j'ai observés, confinent à l'épuisement et font pressentir une terminaison fatale, si l'on ne parvient à soustraire de l'économie le foyer qui l'empoisonne de produits nécrosés qu'elle ne peut plus comburer et détruire. Dans le cas de nécrobiose simple, le chirurgien se trouve donc parfois dans la nécessité d'intervenir, mais dans ce cas, malgré la faiblesse de la malade, l'opération peut être pratiquée avec la sécurité relative que donnent l'asepsie et la sûreté de nos moyens d'action.

Malgré sa gravité, l'intervention en pleine septicémie s'impose, surtout si le foyer est resté interstitiel et sans communication avec l'extérieur. On peut espérer alors qu'avec les plus grandes précautions, il sera possible de supprimer l'utérus en une seule masse sans ouvrir le foyer dangereux.

L'intervention, parfaitement exécutable par la voie vaginale lorsqu'il s'agira d'une tumeur de petit volume, sera plus aisément conduite par la voie abdominale sans danger de rupture, en ayant soin de n'employer comme extracteur aucun instrument qui puisse amener une perforation de la cavité septique. Dans ces conditions, l'opération offre des chances sérieuses de succès.

Lorsque le foyer gangréneux communique avec l'extérieur soit par le canal vaginal, soit par l'abdomen, les indications opératoires sont sujettes à discussion. Il est des cas où l'expectation pourrait être conseillée ; ce sont ceux où l'élimination des produits sphacélés, issus d'un foyer peu volumineux, est assurée par une large communication de la cavité de sphacèle avec le conduit utéro-vaginal. Mais cette condition favorable reste généralement d'une détermination difficile, de sorte que les premiers jours passés, si l'on voit l'écoulement persister avec abondance, la fièvre se maintenir à un degré élevé avec frissons et retentissement général, si la malade s'infecte en un mot, il est préférable de se décider pour l'intervention. Il faut opérer encore lorsque, malgré une suppuration prolongée et des accidents de septicémie grave, la patiente présente une résistance suffisante pour supporter une opération d'assez longue durée et un choc appréciable. On se bornera à un traitement palliatif dans le cas contraire.

Quelle peut être l'intervention contre les fibromes interstitiels sphacélés ? Le chirurgien a le choix entre les méthodes palliatives et l'opération radicale. Il se laissera guider dans sa résolution par l'état général de la malade et l'examen de l'utérus. Lorsque le faible volume de cet organe, le peu d'importance des écoulements et leur issue facile permettront de supposer que le foyer gangréneux est peu étendu, la méthode palliative s'impose. Ce traitement palliatif consiste dans la dilatation de l'orifice utérin, l'exploration digitale de la cavité utérine et le curettage du foyer pathologique avec ou sans morcellement, dans le but de rendre facile et complète l'élimination des produits sphacélés. Guyon, Polaillon, Péan, ont employé avec succès cette méthode de traitement qu'Emmet recommandait chaudement. On conçoit que si l'ablation des débris mortifiés d'une tumeur intra-utérine, d'un polype vulgaire, est déjà difficile à réaliser, ainsi que tous les chirurgiens le reconnaissent à la suite de ceux qui ont pris part à la discussion récente de la Société de chirurgie, l'exploration et l'évacuation d'un foyer interstitiel seront encore entourées de plus d'aléas et d'incertitudes. Aussi il est bien rare que l'on puisse se contenter du traitement palliatif, lorsque l'évacuation se fait par voie vaginale, au fur et à mesure de la dissociation et de la désagrégation des parties solides de la tumeur. Cependant on cite des observations de Demarquay, de Ziemssen, de Braun et Chiari et Spœth, relatant la guérison après expulsion spontanée des produits sphacélés (thèse de Katz. Nancy, 1884).

Le traitement palliatif est encore moins indiqué lorsque le foyer pathologique s'est créé une issue par la voie abdominale. L'élimination des débris sphacélés est rendue plus complexe et plus incertaine. Aussi vaut-il mieux recourir dans ces conditions au traitement radical. Les quelques observations où la guérison est relatée à la suite d'élimination spontanée de la tumeur ramollie par une fistule abdominale, ne sont pas de nature à modifier cette ligne de conduite. Toutefois il faut reconnaître que dans certains cas très simples, l'expectation pourra être suivie de succès ; mais alors il s'agit de petites tumeurs sous-péritonéales dont le volume et la consistance se prêtent particulièrement à une désintégration facile et rapide.

Tout en restant interstitiel par sa masse principale, un fibrome en voie de sphacèle peut se rapprocher par un de ses pôles de la muqueuse utérine, la refouler, l'amincir et occuper le conduit utéro-vaginal. La tumeur procidente ressemble alors en tous points à un polype, dont il serait aisé d'atteindre le pédicule. L'opérateur imprudent, qui se laisserait aller à tenter l'extraction d'une telle tumeur sans rechercher son point de départ, s'exposerait aux plus graves mécomptes. Une masse procidente sphacélée peut être une minime partie d'une tumeur interstitielle incluse dans le muscle utérin dont il est impossible de la séparer. La portion engagée dans le canal utéro-vaginal, soumise à de nombreuses causes d'infection, mal vascularisée, se sphacèle sans que la tumeur principale participe au processus nécrobiotique. L'ablation de la masse sphacélée aux limites des points accessibles, expose à des hémorrhagies sérieuses. Si le sphacèle s'est généralisé à toute la tumeur, l'extraction par morcellement est une opération des plus délicates, — j'écrirais volontiers des plus téméraires, — car surtout si l'utérus est volumineux, l'extirpation des derniers lambeaux gangrenés plus ou moins adhérents au muscle utérin, ne peut être menée à bonne fin, l'abaissement ne pouvant être réalisé d'une manière satisfaisante. Mermer, dans sa thèse, rapporte plusieurs faits de Gosselin, Broca, Le Dentu, Richet, où l'extirpation incomplète de fibromes gangrenés a été suivie de mort. Bouilly a parfaitement envisagé ces cas dans la discussion d'avril 1898 à la Société de chirurgie. Il montrait que trompé par la présence d'un polype sphacélé qu'il avait constaté chez une de ses malades, il s'était laissé aller à tenter, sans un inventaire suffisant des symptômes, l'extirpation vaginale d'une tumeur en voie de sphacèle, pour parer à des accidents pressants de septicémie. L'intervention ne put être menée à bien par le vagin, et après de grands efforts, l'utérus ne se laissant pas abaisser, il fallut faire séance tenante la laparotomie pour morceler le fibrome, puis terminer en troisième lieu en enlevant la coque utérine par voie vaginale.

Depuis ce revers, Bouilly, dans un cas semblable, ne hasarda plus d'emblée l'opération par les voies naturelles, mais commença par une laparotomie qui lui permit d'enlever la portion non infectée de la tumeur, et termina par l'ablation de la portion vaginale gangrenée, complétée par l'hystérectomie vaginale. La malade guérit sans accidents.

La conduite de Bouilly est certainement à recommander dans tous les cas où l'écoulement par le vagin de liquides infects ne permet pas de faire simplement l'hystérectomie totale par voie abdominale. Dans ces conditions, le chirurgien ne doit rien tenter par la voie vaginale avant la laparotomie, afin de ne pas risquer de contaminer la séreuse. L'intervention, le ventre étant ouvert, doit se borner au strict nécessaire pour ne pas ouvrir le foyer septique, c'est-à-dire à la libération de toutes les adhérences, à la ligature des pédicules utéro-ovariens, et à la décortication de l'utérus jusqu'à son segment inférieur. S'il existe des fibromes secondaires, ils seront énucléés, mais la tumeur dont dépend la partie procidente vaginale, sera respectée, pour ne pas provoquer l'irruption dans la séreuse de produits gangréneux et putrides. Dans la seconde partie de l'opération, l'utérus libéré de toutes ses attaches supérieures se laissera facilement abaisser et morceler par le vagin, et l'intervention se terminera avec le minimum de dangers.

Cette méthode, conçue d'après le plan de Bouilly, a été appliquée par ce chirurgien pour une tumeur intra-utérine sphacélée ; il va de soi qu'elle est en tous points utilisable pour les fibromes interstitiels devenus intra-utérins ou même intra-vaginaux par un de leurs pôles. Elle n'est pas cependant sans dangers, car pendant le deuxième temps, c'est-à dire l'extraction de l'utérus par voie vaginale, elle expose, en raison du morcellement, à l'infection de la séreuse pelvienne. Pour cette raison, il est préférable, dans tous les cas où l'écoulement putride vaginal n'est pas très abondant, lorsque la tumeur prolabée n'est pas encore en voie de désagrégation et de dissociation, de faire pratiquer une désinfection large du vagin et de l'utérus, de fermer l'orifice utérin par des pinces à griffes larges qui affrontent étroitement les deux lèvres du col, et de pratiquer l'hystérectomie abdominale totale. J'ai suivi cette ligne de conduite dans un cas récent.

Une malade de 52 ans, Mme B..., de Breuvannes, se présentait à moi il y a deux mois, avec une santé délabrée et un état général compromis. Elle portait une tumeur fibreuse remontant à 6 centim. au-dessus de l'ombilic et éprouvait depuis quelque temps des pertes sanieuses et sanguinolentes continues. L'amaigrissement s'exagérait, le teint prenait une couleur jaune paille, les membres inférieurs s'œdématiaient et une assez forte proportion d'albumine apparaissait dans les urines. A l'examen au spéculum, je constatai la présence d'une tumeur polypeuse prolabant dans le vagin. Cette tumeur, d'aspect brun, laissait suinter un ichor fétide et se détachait en lambeaux sous l'influence de la simple préhension par des pinces. Comme l'utérus était fibromateux, je voulus déterminer si le corps polypeux engagé dans le col utérin était indépendant de la masse principale. Je dilatai l'orifice cervical et l'abaissement ne pouvant favoriser l'exploration digitale, je scrutai la cavité utérine avec l'hystéromètre. Je remarquai ainsi que le polype sphacélé n'était point pédiculé et qu'il se continuait en s'élargissant avec un fibrome interstitiel.

Dès lors je renonçai à tenter l'ablation par la voie vaginale et après avoir sectionné au-dessus du col la partie procidente sphacélée, je fis préparer la malade par des lavages répétés antiseptiques à une intervention radicale.

Je fis au bout de quelques jours l'hystérectomie abdominale totale, qui ne présenta rien de particulier. Je noterai seulement qu'aussitôt après l'ouverture du vagin, je saisis dans les mors d'une large pince à griffes les deux lèvres du col, afin d'empêcher tout écoulement septique sur la tranche vaginale. Par l'ouverture faite au vagin, j'introduis successivement plusieurs compresses aseptiques qui, attirées par la vulve, ramonèrent le conduit ; une de ces compresses fut laissée dans le vagin jusqu'à la fin de l'opération. Rien ne fut plus facile que de relever à la façon de Doyen le col utérin dégagé sur les côtés, et de le séparer, sans toucher les parties cruentées du plancher vésical. Un drainage vaginal fut installé, puis le péritoine fut suturé hermétiquement au-dessus et le ventre fut fermé comme dans les conditions habituelles. Les suites furent des plus normales. Quelques jours après l'intervention, l'état général se remontait, l'albumine et l'œdème disparaissaient et enfin la malade rentrait bientôt chez elle complètement guérie.

Ce fait montre que la présence d'une tumeur sphacélée dans l'utérus n'est pas toujours un obstacle à l'hystérectomie abdominale. D'ailleurs, les récentes tentatives d'ablation d'épithélioma et de cancer utérins par voie abdominale ne nous ont-elles pas habitués aux précautions utiles à prendre, pour échapper à toute contamination de la séreuse péritonéale ? Il est cependant des cas où, en raison de l'abondance de l'écoulement et de la septicité particulière des produits sphacélés, il sera préférable d'éviter la conduite de Bouilly. Quelle que soit la méthode que l'on adopte, il importe de bien déterminer l'origine et les connexions des tumeurs sphacélées à forme polypeuse engagées dans le canal utéro-vaginal. Lorsqu'on a affaire à de simples polypes sphacélés, bien pédiculés, coïncidant avec d'autres fibromes, il est indiqué d'en pratiquer au plus tôt l'extirpation par voie vaginale, afin de soustraire l'organisme à une cause d'infection. C'est le cas le plus fréquent. Mais, quand la portion intra-utérine de la tumeur fibreuse fait partie intégrante d'une masse volumineuse à évolution abdominale, l'ablation par les voies inférieures est impossible ; il ne faut pas la tenter sous peine de laisser l'opération inachevée ou d'être forcé par l'hémorragie de faire séance tenante et dans de mauvaises conditions une laparotomie.

C'est encore à l'hystérectomie par voie haute qu'il faut recourir, lorsque la tumeur sphacélée a pris adhérence avec la paroi abdominale. Qu'il se soit établi ou non une fistule, l'opération n'en offre pas moins une gravité spéciale, à cause du danger d'infection du péritoine. Je n'ai point rencontré d'exemple d'intervention dans ces conditions ; je me dispenserai donc d'insister plus longuement.

Si le fibrome interstitiel est en nécrobiose aseptique, l'utilité de l'hystérectomie n'est pas à discuter. On pourra choisir la voie vaginale si la tumeur est de petit volume. Mais en raison du défaut de consistance du néoplasme ramolli, qui pourrait rendre le morcellement difficile, sinon impossible, il sera généralement préférable d'opérer par l'abdomen. L'intervention s'exécutera alors avec la simplicité ordinaire. Comme le foyer de nécrose peut être secondairement infecté, il est prudent d'éviter de l'ouvrir pendant l'opération et d'énucléer l'utérus sans se servir de griffes ou d'extracteurs qui pourraient perforer et donner issue à des liquides septiques. Il faut reconnaître que le plus souvent on ne sera pas prévenu de la présence d'un corps fibreux en nécrobiose, car le diagnostic en est difficile et ne peut être établi que par les symptômes généraux et les troubles locaux que j'ai signalés dans le cours de ce travail.

LA COLPOTOMIE POSTÉRIEURE

dans le traitement des annexites suppurées

par Henri Hartmann.

—

Une discussion, qui vient de se terminer à la Société de chirurgie de Paris, a rappelé l'attentien sur le traitement des salpingites suppurées par la simple incision vaginale. Les opinions émises au cours de cette discussion ont été un peu diverses, ce qui tient à ce qu'un certain nombre d'auteurs n'ont pas nettement circonscrit les termes de la question. Dans son rapport M. Monod n'a visé que les salpingites suppurées. Je crois qu'il y a intérêt, pour formuler une opinion, à se limiter à la question circonscrite qu'il a abordée.

Je laisserai donc de côté les colpotomies pour hématocèles simples ou infectées qui constituent une lésion toute spéciale.

Je ne parlerai pas non plus des suppurations du tissu cellulaire ; il s'agit alors d'abcès qui doivent être traités comme tout abcès par l'incision et le drainage. Comme il n'y a pas de poche préexistante, l'évacuation de la collection, si elle est complète, est suivie de guérison.

Pour la même raison, absence de poche préexistante, je laisserai de côté les collections purulentes ou séro-purulentes du cul-de-sac recto-utérin qui doivent sans conteste être traitées par l'incision directe.

La discussion, nous semble-t-il, ne peut s'élever que pour



les cas de suppurations intra-annexielles *où il y a une poche préexistante*.

Deux points sont à envisager dans l'étude de cette question :

1° La collection intra-annexielle est-elle souvent abordable par l'incision vaginale simple ?

2° Les résultats définitifs sont-ils bons quand on abandonne à la rétraction spontanée une de ces poches simplement ouverte ?

1° *La collection intra-annexielle est-elle souvent abordable par l'incision vaginale simple ?*

Il n'y a pas de discussion pour les collections qui bombent dans le vagin, ou pour celles nettement juxta-vaginales. Les opinions ne diffèrent que pour les foyers suppurés, situés à une certaine distance du vagin. On a signalé, en pareil cas, le danger de l'ouverture d'une portion de péritoine libre d'adhérences. Cela ne nous est jamais arrivé, ce qui tient peut-être à notre manière d'opérer. Jamais nous n'incisons franchement le fond du cul-de-sac postérieur. Plaçant une pince sur le col et l'attirant fortement en haut et en avant, pendant qu'avec une valve nous abaissons la paroi vaginale postérieure, nous incisons la muqueuse vaginale transversalement sur la face postérieure du col utérin. Décollant ensuite avec l'ongle les parties rétro-utérines, nous suivons, restant à son contact direct, l'utérus, en nous dirigeant un peu à droite ou à gauche suivant le siège de la lésion.

Au cours de ces manœuvres il nous est quelquefois arrivé d'ouvrir des poches à contenu séreux, comme le signale M. Monod, dans sa communication.

Pendant que l'ongle de l'index droit avance, la main gauche posée à plat sur la paroi abdominale déprime les parties. Cette dernière manœuvre, en même temps qu'elle a l'avantage de rapprocher du doigt vaginal la partie à ouvrir, soutient l'annexe suppurée, lui fournit un plan résistant, ce qui permet à l'index droit d'effondrer sa paroi sans recourir aux ciseaux, ni au bistouri.

La cavité ouverte, j'y place un drain que je fixe par un crin à la face postérieure du col.

Le résultat immédiat dans 23 colpotomies, que nous avons pratiquées pour lésions suppurées, a été excellent ; toutes les malades ont guéri de l'opération ; la fièvre, quand elle existait, est tombée ; les douleurs ont cessé, l'état s'est manifestement amélioré et jamais nous n'avons vu le moindre accident résultant de notre intervention.

2° *Les résultats définitifs sont-ils bons après la simple incision vaginale ?*

Si nous étudions à ce point de vue nos 23 opérations, nous voyons que deux fois il a été nécessaire de recommencer l'incision. Une fois il s'agissait d'une malade chez lesquelles nous avions incisé une collection suppurée à droite et chez laquelle trois mois plus tard nous avons été amené à inciser une deuxième collection à gauche. Il y avait double salpingite à streptocoques. Cette malade, opérée il y a deux ans, est restée guérie.

Une autre fois nous avons dû opérer une malade dont une collection avait déjà antérieurement été évacuée par un chirurgien de Lyon.

Deux de nos opérées ont dû consécutivement subir une opération plus radicale, la castration vaginale totale dans un cas, la castration abdominale totale dans l'autre. Dans les deux cas, l'opération secondaire a été suivie de guérison.

Nos 19 autres opérées peuvent, jusqu'à un certain point, être regardées comme guéries. Chez le plus grand nombre on constate cependant la persistance de noyaux indurés au voisinage de l'utérus et il existe de temps à autre quelques petites douleurs. Les résultats sont en somme moins parfaits que ceux que donnent les opérations abdominales, surtout lorsqu'on intervient dans des cas anciens, ce qui s'explique alors par l'existence d'épaississements des parois tubaires et de lésions non susceptibles de régresser.

Etant donnés ces résultats, nous conclurons que la *colpotomie est indiquée* :

1° Lors de poches bombant dans le cul-de sac vaginal ;

2° Lors de poches au contact direct de la paroi vaginale ;

3° Dans les poches même petites et anatomiquement séparées du vagin, s'il s'agit d'une lésion récente ou d'une poussée aiguë sur une lésion ancienne, avec douleur exquise à la pression en un point limité, douleur comparable à celle que provoque la pression d'un abcès en toute autre région, si les lésions du côté opposé semblent nulles ou minimes.

En somme, les cas répondant à ces diverses indications sont encore assez rares. Même ainsi restreinte dans ses indications, la colpotomie postérieure ne donnera pas toujours une guérison définitive et il arrivera quelquefois, à d'autres comme à nous, d'être obligés de recourir secondairement à une intervention plus radicale. Toutefois, comme c'est une opération essentiellement bénigne, comme elle permet de pallier, dans certains cas, d'une manière simple, à des accidents, nous continuerons à la proposer dans les cas que nous avons indiqués, prévenant toujours les malades que si cette intervention doit leur procurer une amélioration dans leur état, elle n'est pas certaine dans ses résultats éloignés et qu'elle ne permet pas d'éviter toujours une deuxième opération plus radicale.

REVUE FRANÇAISE

R. Romme. TRAITEMENT PALLIATIF DU CANCER DE L'UTÉRUS. (*Presse méd.*, 14 septembre 1898).

Dans l'état actuel de la chirurgie, il est bien entendu que, dans le cancer de l'utérus, chaque fois que l'opération radicale présente encore des chances de succès, c'est à elle qu'il faut s'adresser. Bien que les progrès de la technique opératoire aient fait considérablement augmenter le nombre des cas opérables, le médecin trouve encore journellement un grand nombre de malades chez lesquelles il est obligé de renoncer à l'opération radicale. Ce sont, en premier lieu, les cas où les lésions sont trop avancées pour qu'une intervention totale soit raisonnable ; viennent ensuite les cas dans lesquels les femmes refusent toute grande opération, puis les cas de récidive après intervention, et, enfin, suivant Lucas-Championnière, les cancers survenant chez les femmes très jeunes ; la récidive est alors, en effet, si rapide, qu'il vaut souvent mieux ne pratiquer aucune grande intervention. Pour différentes raisons le médecin est obligé de recourir au traitement palliatif qui a l'avantage de faire disparaître en partie, et pour un certain temps, les symptômes pénibles du cancer, d'améliorer la situation et de procurer aux malades une survie qui n'est pas à dédaigner. Les procédés que, dans ces cas, on met en œuvre, comprennent les caustiques ou les substances sclérogènes ou l'exérèse partielle suivie d'applications locales.

***

L'emploi des caustiques est ancien et bien connu, si bien qu'ici nous n'avons à envisager que le caustique qui jouit actuellement d'une certaine vogue, *le carbure de calcium*, introduit depuis peu de temps dans la pratique par M. Guinard. On sait que le carbure de calcium a la propriété, au contact de l'eau, de se transformer en oxyde de calcium et en carbure d'hydrogène (le gaz acétylène) qui se dégage abondamment. Le carbure de calcium se trouve à bas prix chez tous les marchands de produits chimiques. Il faut avoir soin de le conserver au sec, dans des flacons de grès ou de métal hermétiquement bouchés.

Pour l'appliquer dans le cancer de l'utérus, on procède de la façon suivante :

Le spéculum est en place : après un lavage du vagin, on assèche le fond avec un tampon d'ouate et on introduit directement, à nu, au contact des bourgeons épithéliomateux, un morceau de carbure de calcium du volume d'une petite noix environ. On voit aussitôt se produire un bouillonnement avec un bruit de crépitation, dû au dégagement du gaz acétylène à l'état naissant. On bourre alors le vagin avec de la gaze iodoformée qui retient le topique au contact des bourgeons néoplasiques, et l'opération est terminée.

La malade n'éprouve de la douleur que dans les cas où un tamponnement insuffisant laisse couler un peu de liquide, ce qui irrite la vulve chez certaines malades.

Au bout de trois ou quatre jours, on enlève la gaze et on fait un lavage copieux du vagin avec la solution de sublimé au 1.000e, lequel lavage entraîne l'oxyde de calcium hydraté à l'état de poudre grisâtre. Avec une spatule ou avec l'ongle de l'index, on détache les fragments de chaux éteints plus ou moins incrustés sur le fond du vagin, et, lorsque tout a disparu, on voit que les parties malades ont changé d'aspect. Toutes les parties atteintes sont grisâtres, et les bourgeons les plus saillants tombent d'eux-mêmes et sont éliminés, de telle sorte que les culs-de-sac tendent à devenir lisses et unis, recouverts seulement d'une membrane uniformément grisâtre. Après avoir asséché le vagin avec des tampons, on introduit, comme la première fois, un nouveau morceau de car-



bure, et la même opération se renouvelle tous les trois ou quatre jours pendant un mois environ. On peut ensuite espacer les applications et n'en faire une que tous les mois ou six semaines suivant la marche de l'affection.

D'après M. Guinard, les applications de carbure de calcium ne provoquent guère d'accidents dans ces cas. Il a observé deux fois une diarrhée assez abondante qui a disparu et ne s'est pas reproduite quand a été diminué le volume des fragments de carbure employés. Une fois, après l'introduction d'un crayon de carbure de calcium dans la cavité utérine, il y a eu des phénomènes de péritonisme, comme si l'acétylène avait pénétré par les trompes dans la cavité abdominale ; les symptômes péritonéaux disparurent au bout de quelques heures et l'accident n'eut pas d'autres suites. Deux fois, chez des femmes grasses, chez lesquelles le liquide caustique filtrait à travers la gaze iodoformée et venait irriter la vulve et la face interne des cuisses, il a suffi de forcer le tamponnement pour que l'accident ne se reproduise pas. Souvent les malades sont incommodées par l'odeur de l'acétylène qui s'élimine par les urines et par les bronches. Enfin, les malades éprouvent, pendant trois ou quatre heures, du côté du vagin, une sensation sourde de brûlure qu'elles supportent, d'ailleurs, très facilement et qui disparaît spontanément.

En face de ces inconvénients minimes, le carbure de calcium présente des avantages multiples et sérieux. Tout d'abord, il arrête sûrement l'hémorragie, et M. Guinard affirme que toutes les hémorragies des cancers du col sont immédiatement arrêtées dès la première application du carbure de calcium. En second lieu, ce traitement supprime l'odeur des écoulements vaginaux, et, dans la grande majorité des cas, la leucorrhée fétide qui tourmente ces malades cesse immédiatement ; dans les cas où elle ne disparaît pas complètement, elle diminue toujours notablement et ne présente plus aucune odeur. Quant aux douleurs, elles disparaissent complètement dans la moitié des cas, et, quand elles persistent, elles sont toujours notablement diminuées.

M. Lucas-Championnière, qui a essayé le carbure de calcium chez un grand nombre de malades, a pu apprécier, comme M. Guinard, l'action hémostatique du carbure. Il l'a, par contre, trouvé moins efficace dans la leucorrhée et plus douloureux localement que ne l'a dit M. Guinard. Enfin, pour éviter le suintement du liquide caustique à travers le tampon, M. Lucas-Championnière met à l'orifice vulvaire, comme dernier tampon, un tampon de ouate imbibé de glycérine : les malades s'en sont toujours très bien trouvées.

***

Comme traitement palliatif du cancer de l'utérus, on a encore essayé les injections parenchymateuses de certaines substances sclérogènes parmi lesquelles on a surtout vanté, à un moment donné, l'*alcool absolu*.

Les injections interstitielles d'alcool se pratiquent de la façon suivante :

On nettoie le vagin et la tumeur d'abord avec une solution de soude, puis avec une solution de sublimé au 1.000e. On enlève tout le liquide avec des tampons, après avoir placé à portée de la main trois ou quatre seringues de Pravaz bien aseptisées et remplies d'alcool absolu. On fait les premières piqûres au centre du néoplasme ; il s'agit de masses végétantes molles, il faut enfoncer l'aiguille jusqu'à ce que l'on sente une certaine résistance. On pousse alors le piston de façon à déposer trois ou quatre gouttes d'alcool. La première injection faite, on laisse la seringue en place et on passe à la seconde injection, puis à la troisième, et on en retire la première seringue que lorsqu'on s'est servi de la troisième ou de la quatrième. On fait neuf à douze piqûres en procédant du centre vers la périphérie. Ces piqûres sont faites deux ou trois fois par semaine.

Les résultats sont généralement satisfaisants : malheureusement ces injections sont très douloureuses, ce qui fait que ce traitement n'est pas souvent employé.

A la place de l'alcool pur, on peut injecter le liquide suivant, conseillé par Auvard :

Créosote	*àà* 10 grammes.
Alcool	
Glycérine	

De ce liquide, on injecte un quart de seringue de Pravaz à 2 ou 3 millimètres de profondeur ; la surface du néoplasme est ensuite scarifiée et passée au salol.

On a encore préconisé pour ces injections de l'*acide arsénieux* suivant la formule suivante :

Acide arsénieux	0,20 centigrammes.
Chlorhydrate de cocaïne	0,50 —
Eau distillée bouillie	100 grammes.

On injecte de une à deux seringues de Pravaz en plusieurs endroits du tissu cancéreux.

On a, enfin, employé pour ces injections des substances colorantes, et c'est ainsi qu'on a obtenu quelques succès avec le *violet de méthyle* injecté le long des bords de la tumeur, après curettage soigné des végétations néoplasiques. La formule pour ces injections est la suivante :

Violet de méthyle	0,10 centigrammes.
Eau bouillie et filtrée	50 grammes.

La *pyoctanine* et le *bleu d'aniline* ont été aussi employés, mais sans résultat appréciable.

***

Le traitement palliatif par l'exérèse s'applique surtout aux cas dans lesquels le néoplasme, tout en n'étant plus opérable, n'est pas encore arrivé à ses dernières limites.

La malade est endormie, et, avec des ciseaux, on enlève les végétations exubérantes, puis on se sert de la curette, pour enlever toutes les parties friables. On lave la plaie saignante, puis on fait un curettage de la cavité utérine ; on essuie avec des éponges aseptiques et on termine l'opération par un tamponnement vaginal à la gaze iodoformée. Au bout de quelques jours, on enlève le tampon et on applique sur le col un pansement que, dans la suite, on fait tous les deux ou trois jours.

Ces pansements sont faits avec de la poudre de salol, d'iodoforme ou de tannin, maintenue en contact avec le col par un tampon de ouate stérilisé. On peut encore employer pour ces pansements le mélange de Lucas-Championnière.

Poudre de benjoin	*àà* 50 grammes.
Poudre d'iodoforme	
Carbonate de magnésie	

Vuilliet associait à une substance désinfectante un caustique, et pour calmer les douleurs, il ajoutait de la morphine :

Iodoforme	40 grammes.
Sulfate de cuivre	10 —
Morphine	4 —

Tout pansement doit être précédé d'un lavage avec une solution antiseptique. Ces lavages, qui doivent être faits avec une grande douceur, à cause de la friabilité des tissus qui donne parfois naissance à des hémorragies sérieuses, peuvent se pratiquer avec les solutions suivantes :

1° Acide phénique	*àà* 40 grammes.
Glycérine	
Essence de thym	2 —

1 cuillerée à soupe par litre ou par 2 litres d'eau.

2° Acide salicylique	1 gramme.
Essence de géranium rosat	5 —
Alcool à 90°	300 —

1 cuillerée à soupe par litre d'eau.

On peut encore employer la *teinture de benjoin* (1 ou 2 cuillerées à soupe par litre d'eau), *l'eau de Pagliari* (4 ou 5 cuillerées à soupe par litre d'eau), la *liqueur de Labarraque* (1 cuillerée à soupe par litre d'eau), le *coaltar saponiné* (3 cuillerées à soupe par litre d'eau).

***

Quand l'étendue du néoplasme est tellement considérable qu'il faut s'abstenir de toute intervention active, il ne reste plus qu'à combattre, dans la mesure du possible, les symptômes particulièrement graves ou particulièrement pénibles. Pour arrêter les hémorragies qui se produisent dans cette période, on découvre avec le spéculum la surface qui saigne et l'on verse dans le spéculum du perchlorure de fer (Rouffart). On laisse agir le médicament pendant quelques minutes. Un autre moyen, pour les pertes peu considérables, consiste dans les injections froides d'eau vinaigrée. Les suppositoires au tannin agissent dans le même sens. Si l'on devait recourir au tamponnement, on ne pourrait le laisser en place que quelques heures ; sans cela il activerait la décomposition putride.

L'abondance de l'écoulement ichoreux peut produire autour de la vulve des érythèmes, et même des ulcérations douloureuses. On combat ces accidents par de grands soins de propreté : bains de siège fréquents, injections vaginales, désinfectants. Les pansements vaginaux secs qu'on fait avec du tannin, du talc, du carbonate de magnésie, du salicylate de bismuth, de l'iodoforme pulvérisé, de la poudre de benjoin, de la résorcine trouvent ici leur emploi. Généralement, on se sert d'un mélange composé de parties égales de salol, de carbonate de magnésie, de salicylate de bismuth et de poudre de benjoin.

Le phénomène dont les malades se plaignent le plus est la douleur qui persiste jour et nuit. On la combat par la morphine en potion, lavement, injection sous-cutanée ou suppositoire ; par le chloral qui est souvent dans ces cas d'un grand secours, par les préparations belladonées.

Il va de soi que les principes de l'hygiène générale et un traitement fortifiant doivent être suivis pendant toute la durée du traitement de ces malades.

REVUE BELGE

N. Charles. — RÉTENTION PENDANT CINQ MOIS D'UN FŒTUS DE QUATRE MOIS MORT DANS LA CAVITÉ UTÉRINE. TRAVAIL SPONTANÉ A NEUF MOIS ; SORTIE DU FŒTUS ; EXTRACTION DU PLACENTA A L'AIDE DES DOIGTS ET DE LA CURETTE. (*J. d'Acc.*, 11 septembre 1898.)

Nous avons déjà à maintes reprises attiré l'attention sur les cas, aussi rares que curieux, de fœtus morts retenus sans inconvénient pendant plusieurs mois dans la cavité utérine, soit seuls, soit à côté d'autres vivants, continuant à se développer jusqu'à terme et expulsés en bonne santé (v. *J. d'Accouchements*, 1897, pages 200, 232, 330).

Le cas suivant tire surtout son intérêt des circonstances spéciales dans lesquelles nous l'avons observé.

Mme X..., grande et belle femme d'une trentaine d'années, parfaitement conformée, mariée depuis 8 ans, a une petite fille de 7 ans et un garçon de 6 ans.

Le dernier accouchement a été difficile ; l'année suivante, Mme X... a eu deux fausses couches de 3 à 4 mois et la seconde a exigé un curettage pour rétention des annexes qui commençaient déjà à se putréfier.

A la suite de ces incidents la menstruation est devenue très irrégulière, cessant parfois plusieurs mois (5 et 6 mois) et toujours peu abondante. Les symptômes d'une endométrite chronique étaient assez accusés : douleurs abdominales et lombaires, augmentation du volume de la matrice, descente et anté-position de l'organe, col gros, dur, béant, ulcéré, écoulements muco-purulents abondants, ressemblant parfois à du jus de pruneaux ; symptômes gastriques habituels.

Mme X... s'est confiée à nos soins à partir de juillet 1897.

Le traitement a spécialement consisté en injections antiseptiques, légers badigeonnages de la cavité cervico-utérine avec la solution de chlorure de zinc, tampons à la gaze iodoformée, vin oophorine, etc.

Le résultat a été rapidement très favorable ; au bout d'un mois et demi, l'état était assez satisfaisant pour permettre à Mme X... d'aller à la plage et elle se rendit à Ostende vers la fin août.

Quelques jours après, Mme X..., qui n'avait plus été réglée depuis plusieurs mois, vit subitement le sang apparaître en grande abondance ; une prescription d'ergotine ne diminua en rien la perte et un second médecin appelé en toute hâte pratiqua un tamponnement qui s'imposait par l'extrême affaiblissement de la malade.

Le 7 septembre, Mme X..., put être ramenée à Liége en wagon-lit ; elle était extrêmement faible, presque exsangue ; elle avait de la fièvre, des frissons, de la cystite, de la métro-péritonite, de la rectite : en un mot, outre les signes d'anémie il y avait des symptômes de septicémie. Apparemment on avait tamponné au plus vite, sans les précautions antiseptiques requises et on avait laissé le tampon en place trop longtemps (plusieurs jours).

Le repos au lit, l'antisepsie locale et des soins généraux eurent bientôt raison de la maladie et dès la fin du mois Mme X... était guérie.

La santé de Mme X..., un instant très ébranlée, ne tarda pas à redevenir florissante. Les règles revinrent même fort exactement deux fois, à 4 semaines d'intervalle, le 10 octobre et le 7 novembre. Puis elles se supprimèrent de nouveau.

Cependant Mme X... n'avait plus aucune souffrance. De plus, elle constata une particularité qui s'était déjà manifestée au début de ses grossesses : *elle avait une envie folle de manger des pommes crues* et elle en prenait chaque jour des quantités, alors que à l'état ordinaire elle avait à peine le goût d'en avoir une de temps en temps.

La santé se maintint excellente jusqu'en février 1898. Mme X... eut alors une légère atteinte d'influenza ; elle fut ensuite tourmentée par une toux qui devint peu à peu presque continuelle, convulsive, coqueluchoïdale, spasmodique, abominable ; il n'y avait presque pas de sécrétion bronchique, presque pas de râles, mais les efforts de la poitrine faisaient mal à voir. Nous la vîmes en consultation avec notre excellent confrère le Dr Bidlot père, et plusieurs remèdes furent essayés avec peu de succès ; les opiacés même calmaient à peine les accès.

Cela dura presque deux mois (mars et avril). A cette époque, nous eûmes l'occasion de constater à diverses reprises l'augmentation graduelle de l'utérus, dont le fond arrivait à peu près à deux travers de doigt sous l'ombilic. La grossesse ne parut plus douteuse.

Cependant les mouvements ne se montraient pas. Chose plus étrange, la tumeur sembla diminuer de volume ! En mai, le fait était certain, car elle s'était abaissée au point de ne plus dépasser les pubis que de deux travers de doigt. Mme X... constatait aussi très aisément que sa taille s'amincissait ; tout ce qui avait dû être élargi devait être maintenant rétréci.

Que croire ? Y avait-il eu grossesse, mort du fœtus par suite des secousses de toux, résorption du liquide amniotique, etc., ou bien y avait-il eu simplement un engorgement considérable de l'utérus plus malade, suivi de résorption des liquides transsudés ? Les deux hypothèses étaient à la rigueur possibles, mais la première était évidemment la plus vraisemblable.

Quoi qu'il en fût, l'état général étant tout à fait bon, l'appétit et l'embonpoint revenus, vu l'absence complète de douleurs, d'écoulement, de signes morbides quelconques, il n'y avait aucune indication d'intervenir et l'on attendit les événements.

En juin et en juillet, nous ne voyons plus Mme X... dont l'état ne laisse rien à désirer.

Mme X... n'osant plus se risquer à Ostende, se rend en villégiature à Spa le 15 août.

Le 19, elle constate la sortie de quelques gouttes de sang et se hâte de revenir à Liége. Nous ne voyons plus rien : le col est long, ferme, clos ; le corps en antéposition est toujours augmenté de volume ; il paraît environ être double de l'état de vacuité.

Le 22, écoulement assez sérieux pour exiger un tamponnement ; celui-ci est renouvelé par prudence les jours suivants. Quelques douleurs apparaissent par moment, puis s'en vont.

Le 26 seulement le col s'entr'ouvre et permet à l'indicateur d'aller constater la présence d'un corps étranger dans la cavité utérine : ce corps étranger est convexe et assez résistant, la partie inférieure de l'œuf dégénéré certainement.

Le surlendemain 30, nous voyons la malade avec M. le Dr Snyers : l'œuf s'est un peu avancé dans le col et nous décidons d'attendre avant de procéder à un curettage que redoutent énormément M. et Mme X.

Dans la nuit du 30 au 31, à la suite de douleurs très vives, Mme X... sent un peu de liquide sortir de la vulve : c'est environ une cuillerée à soupe de liquide amniotique boueux, brunâtre. La garde-couches constate une couple d'heures plus tard qu'un fœtus se trouve dans le vagin, l'en retire et fait une injection au permanganate.

Ce fœtus a 15 centim. de longueur, est ratatiné, jaunâtre, comme de la terre glaise ; la tête est aplatie comme une figue. Il n'a pas la moindre odeur.

A travers le col, on sent un placenta très ferme et adhérent intimement.

Mme X... éprouve le 31 au matin un frisson assez violent ; il n'y a ni pertes ni fétidité. Nous jugeons que le curettage s'impose à bref délai et nous décidons de le pratiquer le lendemain.

Nous procédons à cette opération le 1er septembre avec l'aide de M. le Dr Snyers et de l'accoucheuse.

Les doigts, les curettes tranchantes, les pinces sont alternativement employés. Le col est encore long, résistant, ne laisse passer qu'un seul doigt ; le médius va décoller le placenta le plus loin possible ; le corps utérin se contracte violemment, spasmodiquement et rend la manœuvre des plus laborieuses ; la curette tranchante éraille peu à peu la masse placentaire, en attire en bas de petits morceaux ; à la fin une pince parvient à en saisir quelques filaments et une seconde placée plus haut arrive enfin à faire descendre le gâteau décollé par le doigt, en lui imprimant un mouvement de spire.

Ainsi, tout le placenta est amené d'une fois, en bloc, presque intact : c'est un cylindre allongé, une sorte de boudin, long de 9 centim. et épais de deux doigts environ (3 1/2 cent.) ; il est très ferme et foncé : il a été comprimé fortement dans l'utérus rétracté ; de là sa forme, sa consistance, son aspect.

La manœuvre a été difficile, délicate, laborieuse et a duré près d'une demi-heure ; pendant tout ce temps, la patiente a été parfaitement tenue sous l'influence du chloroforme par M. le Dr Snyers.

Après l'évacuation de l'utérus, nous y introduisons un écouvillon trempé dans la créosote ; puis nous tamponnons.

L'opérée revient très lentement à elle ; elle a un frisson et le soir la t° est de 38,4.

Elle reste encore le lendemain sous l'influence déprimante du chloroforme.

C'est seulement le 3 au matin, après une bonne nuit et diverses évacuations, que l'organisme s'est débarrassé de l'anesthésique : Mme X... est désormais bien à elle, nous reçoit avec son sourire habituel, a repris son aspect normal.

L'appétit revient, les douleurs ont disparu, la guérison est complète. Dès le 8, Mme X... commence à se lever et se trouve absolument bien.

Tout ouvrage dont il sera envoyé deux exemplaires sera annoncé et analysé s'il y a lieu.

R. PICHEVIN, *Directeur-Gérant.*

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE DAIX FRÈRES.
Maison spéciale pour Journaux et Revues.



GREFFES OVARIQUES, LEURS RÉSULTATS

Par le Dr R. LABUSQUIÈRE.

I

L'idée des greffes ovariques a été suggérée à Chrobak par la constatation des souffrances, des malaises variés plus ou moins accentués chez les Femmes qui ont subi la castration ovarienne bilatérale, et Knauer, son assistant, fut le premier à expérimenter sur l'Animal pour savoir jusqu'à quel point ces greffes étaient susceptibles de réussir (1). Nous avons déjà fait connaître à nos lecteurs les premiers résultats obtenus par cet expérimentateur. Après lui, et à l'instigation du professeur Slawiansky, W. Grigorieff a institué une série d'expériences analogues : « Du 20 juin au 13 juillet 1896 je fis, écrit cet auteur, la cœliotomie abdominale sur 12 Lapins et, dans chaque cas, je transplantai les deux ovaires ; sur une seule femelle l'ovaire droit fut transplanté pendant la grossesse et le gauche 2 mois après sa terminaison. Comme nouveaux points de greffe, on utilisa les différentes parties du ligament large et, dans un cas, le mésentère. La transplantation fut faite de deux façons : *a*) dans une première série d'expériences, j'enveloppai complètement l'ovaire dans son nouveau point d'insertion avec le péritoine ; *b*) dans une autre série je le bordai suffisamment avec le péritoine pour le fixer, mais en laissant une partie de sa surface libre dans la cavité péritonéale. Je dois noter que, dans la plupart des expériences, cette seconde manière de procéder dépassa toutes mes espérances. Les ovaires traités ainsi se présentèrent à l'autopsie complètement dépouillés du péritoine au niveau de la zone où la séreuse avait été appliquée au moment de l'acte opératoire, et une faible portion seulement de leur surface restait encore adhérente sur leur nouvelle base d'implantation. Leur aspect était celui d'organes normaux, leur volume n'était que faiblement diminué. Un fait sérieux qui milite en faveur du second mode de transplantation, c'est que 4 femelles chez lesquelles on l'appliqua, devinrent grosses. » Suit la description minutieuse de toutes les précautions prises pour assurer le succès des expériences.

L'auteur relate ensuite 4 observations dans lesquelles il opéra suivant la seconde méthode. En voici une comme type.

OBS. — Femelle opérée le 20 juin 1896. Poids, 1.250 grammes. Transplantation de l'ovaire gauche sur la face supérieure du ligament large, à 4 ou 5 centim. du milieu de la corne gauche et insertion de l'ovaire droit au niveau de la corne correspondante à une distance de 3 centim. du col de la matrice, en dehors. Le premier ovaire fut fixé au péritoine et *incomplètement* recouvert, le second ovaire, au contraire, fut complètement enfoui dans un sac fait avec le péritoine au moyen de quatre sutures. Les ovaires qui furent mesurés pendant l'opération avaient une longueur de 1 centim. 3, les follicules de de Graaf et les corps jaunes apparaissaient nettement à leur surface. Après 6 mois, l'Animal fut sacrifié, le 20 décembre 1896. Son poids à ce moment était de 1.800 grammes. Le ventre ouvert, on ne constata aucune adhérence. Le col de la matrice et les cornes étaient augmentés de volume, leurs dimensions correspondaient à celles du terme de la grossesse. La corne gauche à son extrémité abdominale était fortement dilatée et avait la forme d'un corps ovalaire, de couleur gris sombre, dont le diamètre longitudinal atteint près de 7 centim. A la section de cette région dilatée, s'échappa un fœtus recouvert du sac fœtal ; il était parfaitement conformé et vivant. Sa longueur, 10 centim. Vint ensuite l'arrière-faix et le cordon ombilical. Dimensions de l'arrière-faix, 3 × 3 1/2 ; longueur du cordon, 3 centim. Près de la corne gauche, vers son tiers moyen, se trouvait l'ovaire, il siégeait sur la surface supérieure du ligament large. Il proéminait librement dans la cavité du péritoine et, d'après son aspect extérieur, ressemblait extrêmement à un ovaire pendant la grossesse. Sa longueur, 1 centim. 2. Au niveau de la seconde corne droite, on découvrit le second ovaire atrophié, complètement recouvert par le péritoine. Cet état atrophique fut sans doute le résultat des compressions produites par la trompe augmentant de volume sous l'influence de la grossesse. Au niveau du SIÈGE NORMAL des ovaires, *pas le moindre résidu qui rappelât le tissu ovarique.*

Résultats généraux des examens microscopiques. — Sur les coupes qui ont porté sur toute l'épaisseur de l'ovaire, on aperçoit un développement considérable de gros vaisseaux, remplis d'éléments figurés. Au niveau du point d'insertion de l'organe, les vaisseaux par leur nombre, leurs dimensions, leurs trajets, donnent l'aspect d'un hile normal. En examinant les préparations de plus près, on reconnaît l'épithélium germinatif qui a conservé sa forme cylindrique. Sur certains points cependant, l'épithélium fait défaut, ce qui provient probablement de lésions produites au cours des préparations. On peut distinguer dans l'intimité de l'ovaire deux zones : *a*) zone *parenchymateuse*, *b*) et zone *vasculaire* ; cette dernière, probablement néoformée, produit de la multiplication des vaisseaux des tissus sous-jacents. Le plus grand nombre des coupes sont semées de corps jaunes dont la structure est identique à celle connue. Dans la substance corticale, il y a des ovisacs à tous les stades de développement, des follicules primordiaux aux follicules de de Graaf en pleine maturité ; on y voit aussi toutes les étapes de l'atrésie folliculaire, sans qu'on puisse néanmoins affirmer qu'elles s'y trouvent plus nombreuses que dans les ovaires normalement situés.

De ces faits et des observations relevées, l'auteur tire les conclusions suivantes :

1° Le mode opératoire et la rigueur de l'asepsie tiennent une place importante parmi les conditions qui assurent le succès de l'expérimentation.

2° L'ovaire transplanté se développe sûrement en son nouveau siège ; diverses régions du péritoine des organes de la génération peuvent être choisies comme points de transplantation des ovaires.

3° Dans les ovaires transplantés évoluent tous les processus de développement des follicules ; ils ne se distinguent en rien des conditions de la vie normale.

4° Les follicules peuvent atteindre leur complet développement, aller jusqu'à la rupture, émettre même des œufs dans certaines conditions et présenter tous les stades de l'évolution des corps jaunes.

La grossesse peut succéder à la transplantation des ovaires, et le produit de conception est susceptible d'aller à terme (1).

Dans un nouvel article (2), l'assistant de Chrobak, E. Knauer, fait connaître les résultats éloignés de ses expériences qui datent du commencement de juin 1895.

Les premiers résultats annoncés en 1896 étaient : 1° chez les Lapins, les ovaires peuvent être transplantés en un point éloigné de leur siège normal ; 2° ces organes peuvent être transplantés aussi bien sur le péritoine qu'entre les muscles ; 3° les ovaires ainsi transplantés non seulement sont nourris, mais fonctionnent, c'est-à-dire qu'ils peuvent former des œufs et les mener à maturité.

En ce qui concerne les résultats éloignés (formation persistante et maturation d'œufs, tentatives de fécondation), Knauer a vu dans un cas, plus de 16 mois après la transplantation des ovaires, la grossesse survenir et l'accouchement se faire à terme. Voici ce fait :

Le 8 septembre 1896, on enlève sur une Lapine les 2 ovaires et on les transplante dans le feuillet péritonéal postérieur du mésométrium du côté correspondant. Ils y sont greffés de telle

(1) *Annales de Gynécol. et d'Obst.*, mars 1897, p. 225.

(1) WALDEMAR GRIGORIEFF. Die Schwangerschaft bei der Transplantation der Eierstoecke. *Cent. f. Gyn.*, 1897, n° 22, p. 663.

(2) E. KNAUER. Zur Ovarientransplantation, etc. *Cent. f. Gyn.*, 1898, n° 8, p. 201.



sorte qu'une de leur portion est située dans une fente péritonéale tandis que l'autre reste libre dans la cavité du péritoine. Le 3 octobre 1897, ainsi 13 mois après la première opération, ouverture du ventre pour constater l'état des ovaires greffés. Cornes utérines bien développées, correspondant à l'utérus normal d'une femelle en pleine activité sexuelle. Vers le milieu de la corne utérine droite, une adhérence large d'un centimètre entre cette corne et une anse de l'intestin grêle qui est libérée. Dans le mésométrium droit, l'ovaire droit transplanté, de grosseur à peu près normale, fixé par l'un de ses pôles, libre dans tous ses autres points et pourvu de 3 follicules près de la maturité. Du côté gauche, s'insérant sur le feuillet postérieur du mésométrium, un reste, gros comme un grain de chenevis, et sans follicule, de l'ovaire gauche transplanté. Trompes sinueuses, sans adhérences, extrémités frangées nettes, pas d'adhérences ni d'atrésie. Ces constatations faites, fermeture du ventre. La femelle est menée à un mâle au commencement de décembre 1897 et le 3 janvier 1898 elle mettait bas deux petits, bien développés, tout à fait à terme, un mâle et une femelle. C'est le premier cas, note l'auteur, où la grossesse, après la transplantation des ovaires, est arrivée à terme et s'est terminée naturellement par l'accouchement. Il fait également remarquer le long intervalle de 16 mois qui s'est écoulé entre la greffe ovarique et l'accouchement.

*
* *

A ces expériences sur l'Animal, il faut ajouter les résultats de tentatives analogues faites cette fois sur la Femme et dans un but thérapeutique. Robert T. Moris, postérieurement d'ailleurs aux premières expériences de Knauer, a fait dans plusieurs cas des greffes ovariques avec l'intention de combattre des accidents d'ordre divers. Et dans le *New-York med. J.*, octobre 1895, p. 436, il a relaté, très succinctement, les deux faits suivants dans lesquels ces greffes se seraient montrées efficaces.

Obs. I. — L. B..., 20 ans, utérus infantile, annexes rudimentaires. Sauf ces particularités, Femme bien développée. *Jamais menstruée*, cortège de malaises comme après la suppression des règles. Greffe au niveau du fond de l'utérus d'un fragment d'ovaire provenant d'une autre malade ; deux mois après, première menstruation qui dura huit jours.

Obs. II. — J. F..., 26 ans. Processus tubaire septique, de date ancienne, sans oblitération de la trompe, mais avec beaucoup d'adhérences pelviennes. Extirpation de ce qui restait des trompes et des ovaires, et transplantation d'un petit fragment de l'ovaire même de la malade dans l'intérieur du pavillon d'une des trompes. Un mois après, *grossesse*, mais avortement d'un fœtus, d'environ trois mois, bien développé, l'avortement ayant été probablement la conséquence des adhérences persistantes.

*
* *

De ces expériences diverses il ressort qu'on peut transplanter les ovaires en des points plus ou moins éloignés de leur siège normal. Que pour ces transplantations on peut se servir soit des ovaires appartenant au sujet lui-même, soit d'ovaires provenant d'autres sujets. Que les ovaires ainsi transplantés peuvent vivre et fonctionner, c'est-à-dire former des œufs, et les conduire à maturité. Que la ponte ovulaire, la fécondation et la grossesse évoluant même jusqu'à terme sont possibles. Ces expériences font en outre concevoir les tentatives thérapeutiques que justifient les succès des greffes ovariques, entourées de toutes les précautions de technique et d'asepsie nécessaires, dans les cas où les accidents pourront être nettement rapportés au défaut ou à l'insuffisance des ovaires.

(*Ann. de gyn. et d'obstétrique*, août 1898.)

REVUE FRANÇAISE

Lambret. — FORME RARE D'HÉMATOCÈLE RÉTRO-UTÉRINE. (*Bulletin de la Société centrale de médecine du Nord*, mai 1898.)

Le diagnostic exact des lésions du petit bassin, d'origine génitale, peut être entouré de grandes difficultés. L'auteur cite le cas d'une malade ayant présenté, quinze jours avant son entrée à l'hôpital, une hémorragie utérine abondante, qualifiée de fausse couche par le médecin traitant, qui, au milieu de caillots nombreux avait cru reconnaître la présence d'un œuf. La malade présentant une tumeur bombant dans le cul-de-sac postérieur, le diagnostic fut posé de suppuration pelvienne occupant le cul-de-sac de Douglas consécutive à la fausse couche signalée par la malade. L'incision du cul-de-sac postérieur amena l'évacuation d'une hématocèle abondante, avec fœtus vivant et placenta.

En dépit de l'erreur du diagnostic, l'intervention a été d'une utilité incontestable ; elle a permis de débarrasser la Femme d'une grossesse ectopique, véritable tumeur susceptible de causer presque fatalement, dans l'avenir, des dangers sur la gravité desquels il est inutile d'insister.

L. Lapeyre. — HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE TOTALE POUR FIBROME UTÉRIN. GUÉRISON. (*Gaz. méd. du Centre*, sept. 1898.)

Il n'y a pas longtemps que l'hystérectomie pour fibrome est devenue une opération courante ; il a fallu pour cela que l'amélioration de la technique opératoire vint diminuer les trop nombreux insuccès d'une opération encore mal fixée.

Il y a dix ans à peine, écrivent les docteurs Labadie-Lagrave et Legueu, dans leur Traité de gynécologie « on n'osait guère opérer les fibromes, l'opération était grave, les succès peu nombreux. »

L'hystérectomie vaginale est venue singulièrement modifier le pronostic de l'acte opératoire, en se montrant pour ainsi dire sans danger, toutes les fois qu'elle s'adressait à un fibrome assez facilement accessible.

Mais les gros fibromes restaient au-dessus des ressources de l'hystérectomie vaginale, et si Péan, Segond, Doyen, et d'autres encore, ont pu enlever avec succès par cette voie des fibromes atteignant ou dépassant l'ombilic, de 2 kilos et plus, il faut avouer que, même entre leurs mains, ce n'était qu'au prix de manœuvres excessivement longues et par là même dangereuses.

L'hystérectomie abdominale tant à pédicule externe qu'à pédicule interne, cette dernière surtout, continuait cependant à donner une importante mortalité, le moignon utérin restant un foyer septique d'où l'infection peut gagner la cavité péritonéale.

L'hystérectomie abdominale totale vient avec ses derniers perfectionnements compléter l'hystérectomie vaginale, dans le traitement radical des fibromes, en réduisant la mortalité à ce qui peut nous sembler presque ses dernières limites.

A peine entrée depuis 3 ou 4 ans dans la pratique, l'hystérectomie abdominale totale a, en effet, déjà donné de tels résultats entre les mains de nombreux chirurgiens que le Dr Legueu a pu écrire dans le Traité déjà cité, sans crainte d'être démenti :

« Cette dernière opération, l'hystérectomie abdominale totale, a supplanté toutes les autres interventions (par l'abdomen) ; le pédicule externe reste une méthode d'exception, l'hystérectomie à pédicule perdu est délaissée, l'hystérectomie totale constitue la méthode de choix, elle absorbe à elle seule les tendances actuelles de la chirurgie des fibromes. »

Si l'opération à pédicule externe reste, en effet, d'exécution singulièrement plus facile, ses dangers consécutifs sont redoutables, et enfin quelle comparaison peut être faite entre la guérison obtenue d'emblée par l'hystérectomie totale, et la longue durée (trois mois et plus) demandée par l'élimination du pédicule externe et la cicatrisation définitive.

La supériorité de l'hystérectomie abdominale totale, qui supprime toute complication ultérieure, est démontrée encore par les statistiques opératoires publiées, qui montrent que la mortalité tend à se rapprocher de celle obtenue par l'hystérectomie vaginale, et la formule définitive de la chirurgie des fibromes semble devoir s'exprimer ainsi :

« Enlèvement par l'hystérectomie vaginale des fibromes restant dans le petit bassin. Enlèvement par l'hystérectomie abdominale totale de tout fibrome que son volume élève dans l'abdomen. »

Obéissant à cette indication et bien décidé désormais à abandonner toute autre méthode, j'ai pratiqué, le mois dernier, l'hystérectomie abdominale totale pour un gros fibrome utérin dépassant l'ombilic, et n'ai eu qu'à me louer et du résultat obtenu et de la facilité relative de l'acte opératoire.

Mme X., âgée de 35 ans, vient me consulter à la fin de juin pour une tumeur de l'abdomen qui a beaucoup grossi et occasionne depuis 4 ans d'incessantes hémorragies.

Les hémorragies ont été le premier symptôme qui attira mon attention ; réglée d'habitude très abondamment, elle a vu ses époques prendre le caractère de véritables hémorragies depuis 4 ans.

Puis le ventre a commencé à grossir et actuellement elle est grosse comme une Femme enceinte de six mois.

Enfin depuis 18 mois, les hémorragies sont devenues presque continuelles, « elle est toujours dans le sang » et reste au plus 8 à 10 jours sans commencer une nouvelle perte.

Les hémorragies l'ont considérablement amincie, elle est obligée de rester au lit, a beaucoup maigri, a le teint et le facies très altérés.



Pas de pertes en blanc, pas d'hydrorrée.

Pas de constipation, mais une dysurie très accentuée.

La malade éprouve de fréquents besoins d'uriner, n'urine que très peu à la fois et après de véritables efforts.

Il est à noter que mariée depuis l'âge de 20 ans, elle n'a jamais présenté aucun signe de grossesse.

Examen. — L'examen démontre la présence dans l'abdomen d'une tumeur dure, bosselée, médiane, constituée évidemment par l'utérus, et dépassant l'ombilic de deux travers de doigt.

Le toucher vaginal montre le col très élevé par l'ascension de la tumeur dans l'abdomen, presque effacé par le développement du segment inférieur de l'utérus.

La transmission des mouvements imprimés au col est évidente dans la tumeur, et inversement.

Pas d'ascite, pas de frottements, du reste la malade n'accuse l'existence d'aucune poussée péritonéale.

Le diagnostic est évident, il s'agit d'un fibrome du corps utérin.

L'intervention s'impose ; la malade est jeune, le fibrome déjà très gros, les hémorragies inquiétantes vont sans cesse en augmentant ; l'âge de la malade ne permet pas d'attendre les bienfaits, du reste souvent problématiques, de la ménopause.

L'utérus tout entier est évidemment envahi par le fibrome, l'ablation de l'organe s'impose.

La voie vaginale est contre-indiquée du fait d'une part du volume de la tumeur qui pèse certainement plus de deux kilos ; du fait, d'autre part, de l'ascension totale de l'utérus dans l'abdomen.

L'hystérectomie abdominale totale est décidée et pratiquée le 4 juillet.

Opération. — La malade, purgée à deux reprises, a été baignée et rasée. Le vagin a été irriguée matin et soir pendant plusieurs jours, savonné et tamponné à la gaze iodoformée la veille de l'opération.

Les docteurs H. Thomas et Boureau m'assistent dans l'opération.

Après avoir à nouveau désinfecté le champ opératoire et le vagin, vidé la vessie, la laparotomie médiane est pratiquée.

L'incision est menée d'emblée de l'ombilic à deux travers de doigt du pubis.

Des éponges montées sont glissées sous la tumeur qui est saisie fortement près de son fond par des pinces à traction que maintient un aide.

Le soulèvement de la masse est aidé par la mise de la malade dans la position de Trendelenburg. Mais malgré l'étendue de l'incision, la tumeur ne peut être sortie du ventre, 2 fibromes développés latéralement en anses enclavent l'utérus.

L'incision est alors prolongée de deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic, ce qui permet de dégager mais encore difficilement la tumeur.

Les annexes droites et gauches sont recherchées, l'utérus a subi un mouvement de torsion sur son axe qui porte les annexes droites en avant, les annexes gauches en arrière.

Une pince est placée en dehors des annexes gauches, une pince sur la face utérine, puis le fond supérieur du ligament large est sectionné en dehors des annexes vers l'utérus.

Deux pinces sont de même placées sur le ligament rond qui est sectionné entre les deux.

La même manœuvre est répétée à droite.

L'utérus étant alors fortement attiré en haut, je taille une collerette péritonéale antérieure pour éloigner la vessie.

A gauche, l'utérine facilement mise à nu est saisie entre deux pinces et sectionnée.

A droite l'utérine située dans la fosse antérieure de la tumeur ne peut être vue.

Je sectionne au ras de l'utérus, un jet de sang part, une pince est mise sur le vaisseau qui saigne et dès lors le ciseau coupe circulairement au ras du tissu utérin les attaches vaginales et livre enfin complètement la tumeur qui est jetée dans un plateau.

2 ou 3 jets de sang ont nécessité la mise de 2 ou 3 pinces hémostatiques.

Les moignons vaginaux antérieurs et postérieurs sont saisis avec deux pinces à traction et l'on s'assure de la perfection de l'hémostase.

L'intégrité de la vessie est vérifiée par l'introduction d'une sonde : la vessie étant rejetée à gauche par le développement de l'utérus.

Dès lors, il ne s'agit plus que de remplacer les pinces par des ligatures à la soie n° 4, 3 fils sont placés de chaque côté, un sur l'utéro-ovarienne, un sur le ligament rond, un sur l'utérine ; 3 ou 4 ligatures nécessaires sont faites pour des pinces de l'étage inférieur.

Quoique l'hémostase paraisse absolument assurée et que le cul-de-sac de Douglas ait été minutieusement épongé, il me paraît plus sûr de faire un drainage vaginal.

Mais l'ouverture du vagin est située au-dessus du cul-de-sac de Douglas, je préfère donc fermer par une suture en bourse cet orifice et inciser sur une pince introduite dans le vagin, la portion la plus déclive du cul-de-sac.

Une mèche stérilisée est introduite par cette ouverture de l'abdomen vers le vagin.

Le ventre est alors refermé par deux séries de surjets au catgut un sur le péritoine, un sur les muscles.

Quelques points isolés de renfort fixent les muscles.

Réunion de la peau aux crins de Florence.

L'opération a duré en tout 55 minutes. Le fibrome enlevé pèse 2 kilos 250 grammes.

Les suites opératoires sont excellentes ; la malade facilement réveillée ne présente aucun choc opératoire et l'injection d'eau salée qui avait été préparée est jugée absolument inutile.

Pas de vomissements chloroformiques.

La température buccale, à 37° le 1er soir, s'élève à 37,5 le 2e soir, à 38° le 3e soir puis retombe à 37. Le pouls ne s'élève pas au-dessus de 100. La légère ascension du thermomètre est due au drainage par la mèche, qui est supprimée au bout de 48 heures.

1er pansement le 10e jour. Enlèvement des fils. Réunion parfaite.

Légers lavages vaginaux à partir du 6e jour. La malade qui n'a pas eu besoin d'être sondée a émis des gaz dès le soir de l'opération, a été spontanément à la selle le 4 juin. Elle est alimentée ordinairement à partir du 7e jour, commence à se lever le 18e jour, sort totalement guérie et suffisamment forte le 25e jour.

Depuis elle va très bien et reprend petit à petit sa mine d'autrefois.

Réflexions. — La simplicité des suites opératoires chez cette Femme, après l'enlèvement d'un fibrome qui pesait 2 kilos 250, ne peut que me confirmer dans mes idées d'abandon de l'hystérectomie abdominale incomplète.

L'hystérectomie totale assimile l'ablation d'un fibrome à celui d'un kyste et en rend ainsi les suites opératoires aussi simples et aussi courtes.

Trois semaines sont seulement exigées pour la solidité de la cicatrice abdominale, et la suppression de tout moignon pédiculaire débarrasse la malade de toute crainte d'ennui consécutif.

La difficulté de l'opération ne m'a pas paru enfin telle qu'on peut la supposer, et je crois que les plaidoyers en faveur de tel ou tel procédé n'ont pas toute l'importance qu'on leur accorde. La durée de l'opération n'est pas très grande et peut-être ne faut-il pas s'attacher outre mesure à raccourcir encore ce temps à la façon de Doyen.

La question la plus discutable est celle de savoir si l'on doit ou non drainer par le vagin et de quelle façon.

La fermeture complète est bien séduisante, mais dans les cas où l'on opte pour le drainage je serais disposé à penser que la conduite la meilleure est celle qui a été employée dans cette observation : le drainage du cul-de-sac de Douglas par un orifice créé après coup et la fermeture des lèvres de la boutonnière circumutérine.

Cette façon de faire réalise, en effet, deux avantages :

1° L'hémostase de la tranche de section vaginale.

2° Le drainage au point vraiment le plus déclive.

H. Dolzy. — DE L'ICHTHYOL DANS LE PRURIT VULVAIRE DES FEMMES ENCEINTES. (*Echo méd. de Lyon*, 15 sept. 1898.)

L'ichthyol n'est plus un médicament *nouveau* et, à l'heure actuelle, il ne mériterait plus d'être tenu pour suspect du fait même de sa trop récente apparition dans notre arsenal thérapeutique. Il a fait ses preuves à l'étranger d'abord, en France ensuite, et les communications à son sujet sont fréquentes. Je crois cependant utile de rapporter le cas qui fait l'objet de cet article, à cause de l'idée même qui m'amène à faire usage de ce médicament.

Il y a quelques années, la dame N... venait me consulter pour un prurit vulvaire qui la mettait, disait-elle, « aux abois » ; Mme N... est âgée de 35 ans, elle exerce le métier de couturière. Ses antécédents héréditaires sont nuls. Elle n'a jamais fait de grande maladie. Toute son histoire pathologique se résume en des indispositions sans importance, exception faite toutefois pour des hémorroïdes qui de temps à autre la font souffrir depuis de longues années.

Mme N... a eu deux enfants. L'un est mort en bas âge, d'affection inconnue, l'autre est bien portant. Mme N... est enceinte pour la troisième fois de deux mois à peine. Les grossesses antérieures se sont assez bien passées, mais lui ont laissé des varices volumineuses des deux jambes. Son prurit vulvaire est apparu pour la première fois au cour de sa deuxième grossesse. La malade, suivait en cela les indications de son médecin, a tout fait alors pour se soulager, dit-elle, mais sans aucun succès. Ce prurit reparaît maintenant plus intense que jamais et Mme N.. me supplie de la débarrasser à tout prix de cette affection.

Je dois avouer que je fus de prime-abord fort perplexe : mon expérience m'ayant appris, en plusieurs circonstances, qu'il n'y a guère en l'espèce de traitement bien efficace et qu'on ne peut en réalité procéder qu'à tâtons. C'est ce que je me promis de faire dans le cas présent, en procédant toutefois suivant les indications fournies par les lésions locales et les circonstances ambiantes.

Les démangeaisons étaient tellement vives que ma malade ne pouvait résister au besoin de se gratter : de ce fait, les grandes lèvres déjà variqueuses (retenons ce détail), étaient le siège d'un gonflement notable et portaient à la surface de nombreuses érosions superficielles. Comme beaucoup de Femmes enceintes, Mme N... était en outre atteinte de leucorrée vaginale peu abondante il est vrai (Mme N... n'était d'ailleurs que dans les premiers mois de sa grossesse) mais qui me sembla être cependant la cause déterminante de ce prurit, la sensation de cuisson étant très nette. Ce fait me parut dominer la situation, et j'attribuai aussi une grande importance aux frottements occasionnés par l'emploi de la machine à coudre. J'interdis tout travail à la machine et je résolus de supprimer cet écoulement intempestif. Des bains alcalins, des injections, l'isolement des surfaces amenèrent en quelques semaines la disparition de cette leucorrhée. Le prurit persistant, j'attendis encore, en continuant mon traitement pour éviter tout retour offensif de la leucorrhée, et j'essayai, par des pommades à l'oxyde de zinc de détruire les lésions de grattage. Ma malade fut au début assez patiente ; mais malgré l'amélioration de l'état local, je ne parvins pas à supprimer les démangeaisons. Je me servis alors successivement de lotions très chaudes d'eau pure, d'eau chloralée, d'eau phéniquée faible, d'eau bichlorurée, d'eau additionnée de quelques gouttes de menthe. Rien ne réussit.

Sur ces entrefaites, je fus un jour appelé chez ma malade « sur le point de mourir ». En arrivant chez elle, je ne pus que rassurer l'entourage. J'étais bel et bien en présence d'une crise hystérique, que la compression des ovaires fit cesser en quelques minutes. Un examen sérieux ne me laissa aucun doute sur l'état névropathique de Mme N.. Cette surexcitation continuelle, due au prurit, me faisait craindre la venue de nouvelles crises et le souvenir de fausses couches possibles déterminées par le prurit vulvaire (ainsi que l'indique Charpentier dans son traité d'accouchement), ne laissait pas que de me préoccuper profondément. L'idée me vint de frapper un grand coup sur l'imagination de ma malade. Jugeant que les résultats annoncés alors au sujet de l'ichthyol par les différents journaux médicaux, notamment dans le domaine de la dermatologie et de la gynécologie, n'avaient pas encore la consécration de l'expérience, je me décidai à l'employer néanmoins, mais simplement à cause de son odeur *sui generis*, si désagréable, si pénétrante.

Bien m'en prit. Quelques pots d'axonge ichthyolée (à 5 %) eurent raison de cette affection tenace. Depuis rien ne reparut.

Aujourd'hui que les travaux sur l'ichthyol sont nombreux et concluants, je suis revenu de mon opinion première et j'incline à croire que l'action de ma pommade ne fut pas purement subjective. Unna a établi l'efficacité de ce produit dans le prurit de Kussner. Carl Kopp, Besnier, Brocq, partagent cette manière de voir. Freund. Romolo Polacco, Chatelain ont guéri quelques cas de prurit vulvaire par l'ichthyol. Le cas que je signale peut y être joint. Sans oublier l'état névropathique de ma malade, il m'est permis de penser que, chez elle, le pouvoir décongestionnant de l'ichthyol, apparent surtout, suivant Unna, dans les points où le système vasculaire est dilaté d'une façon anormale, a eu toute occasion de s'exercer sur des grandes lèvres *variqueuses*.

Aussi je crois, pour me résumer, que non seulement en désespoir de cause, mais encore rationnellement, logiquement, l'usage de l'ichthyol doit être conseillé dans tous les cas de prurit vulvaire soit en pommade comme j'ai fait, soit en emplâtre comme d'autres l'ont préconisé, soit en solution aqueuse à 10 %, ainsi que l'indique Freund. En procédant ainsi, nous risquons fort d'aller au succès et en tout cas nous respectons le vieux *primo non nocere*.

Choff (de Würnberg). — BLENNORRAGIE CHEZ LES ENFANTS, traduit par G. PRADISS (*J. de Clin. et de Thér. infantiles*, 15 septembre 1898.)

La blennorragie est beaucoup plus fréquente chez les enfants qu'on ne le croit généralement. Cette maladie est souvent méconnue chez les enfants et ne se révèle souvent que plus tard sous forme de vulvovaginite. Néanmoins, d'après les statistiques officielles, on constate que le nombre des enfants atteints de blennorragie était en 1890 le suivant : à Pesth, 0,7 0/0 ; dans le service de Pott, 1,01 0/0 ; à Nuremberg. 1,02 0/0, etc.

La blennorragie est beaucoup plus fréquente (presque le double) chez les enfants au-dessous de six ans, que chez les enfants plus âgés. Cela s'explique aisément par la plus grande fragilité de l'épithélium de la muqueuse des organes génitaux chez les premiers. Les garçons sont beaucoup moins souvent atteints que les filles, grâce à la protection du prépuce. L'affection, généralement bénigne, peut prendre une marche inquiétante aussi chez les enfants, grâce aux complications et aux métastases.

Les complications les plus habituelles chez les enfants sont en première ligne les complications articulaires du genou, du poignet, et de l'épaule (par ordre de fréquence). La guérison est la terminaison la plus habituelle des lésions articulaires. Il n'en est pas de même quand des viscères ou d'autres cavités sont intéressées dans le processus pathologique, telle la péritonite blennorragique. Il faut aussi noter les salpingites, les pleurésies, les endopéricardites qui ont souvent une terminaison fatale.

Comme la blennorragie des organes génitaux externes, les complications s'observent surtout dans la première enfance : 4/5 des complications sont observées chez les enfants au-dessous de six ans. Les complications peuvent exceptionnellement s'observer simultanément avec la lésion primitive, mais habituellement elles ne surviennent qu'au bout de trois à quatre semaines.

Dans 80 0/0 l'affection primitive fut observée aux organes génitaux et dans 20 0/0 seulement à la conjonctive.

Si la marche de la blennorragie et la complication sont à peu près les mêmes chez les enfants que chez les adultes, il n'en est pas de même quant aux modes d'infection.

Sur 703 enfants atteints de blennorragie, celle-ci était due dans 7 cas aux attentats à la pudeur et dans 7 cas aux attouchements des organes génitaux entre enfants. Dans tous les autres cas, soit dans 98 0/0, l'infection avait une autre origine. Dans la plupart des cas, l'infection des enfants doit être attribuée à la blennorragie des adultes avec lesques ils cohabitent : sœurs, frères, gouvernantes, domestiques, et la transmission se fait habituellement au moyen de la literie, linge, éponges et autres objets de toilette. Dans les hôpitaux on a avec raison incriminé la négligence des infirmières, le thermomètre, irrigateurs. Cependant, dans certains, le mode de transmission échappe complètement et il se pourrait (certains auteurs en ont exprimé l'idée), qu'il existe des voies de contagion complètement inconnues et insoupçonnées. En effet, si on se rappelle les difficultés que l'on rencontre dans la culture du Gonocoque, son extrême sensibilité vis-à-vis des températures, l'eau, l'air, la dessication, la transmission par les objets de toilette et la literie ne doit pas être bien fréquente.

Par contre, la transmission de la blennorragie aux enfants par les bains doit être plus fréquente.

Ainsi Suchard a observé chez 20 fillettes la vulvo-vaginite blennorragique, survenue après la balnéation dans un bain fraîchement cimenté. Mais on n'a jamais pu éclaircir comment et par qui l'eau du bain a été contaminée.

En 1890, Skutsch a observé à Posen une épidémie de vulvo-vaginite chez 236 fillettes qui ont pris des bains dans un bassin commun par petits groupes.

Dans les différents hôpitaux d'enfants d'un grand nombre de villes allemandes, on a observé l'apparition endémique de la blennorragie parmi les enfants hospitalisés, notamment à Hambourg, Stockholm, Heidelberg.

A l'hôpital de Stockholm, dix-huit fillettes âgées de deux à onze ans furent atteintes de vulvo-vaginite après admission dans la salle d'une fillette pour la rougeole, mais qui fut traitée antérieurement à la consultation externe pour vulvovaginite et conjonctivite blennorragique.

Frankel, à Hambourg, a observé une épidémie de vulvo-vaginite blennorragique dans le pavillon des scarlatineux, 62 enfants furent atteints. Cette épidémie est attribuée aux bains.

Dusch, à Heidelberg, a observé les cas suivants : une fillette, entrée pour de la vulvovaginite, contracte la diphtérie à l'hôpital et est transportée dans le pavillon des diphtériques. Quelques jours après, on constate dans le pavillon cinq cas nouveaux de vulvovaginite.

Une fillette de neuf ans, atteinte de néphrite scarlatineuse, entre à l'hôpital et couchée dans un lit occupé précédemment par une enfant atteinte de vulvo-vaginite. Quelques temps après, la nouvelle malade est atteinte à son tour de vulvovaginite.

L'auteur lui-même a observé à l'hôpital de Nuremberg le cas suivant : une fillette, âgée de 6 ans, entrée pour une scarlatine diphtérique et isolée dans une chambre particulière, est atteinte, trois semaines après son entrée, de vulvo-vaginite blennorragique. Aucun contact avec les autres enfants n'a pu avoir lieu. Tous les ustensiles, thermomètre, etc., sont exclusifs aux chambres d'isolement. Huit jours après, une autre enfant, entrée pour des troubles gastro-intestinaux et hospitalisée à l'étage au-dessous de la première, est atteinte de vulvovaginite. Dix jours après, c'est une autre fillette traitée pour de l'eczéma qui présente la vulvo-vaginite. Depuis 1853, l'auteur a observé à l'hôpital de Nuremberg plusieurs petites endémies de vulvo-vaginite. Il est à remarquer que presque toujours l'explosion de l'endémie coïncidait avec l'admission d'une ou de plusieurs enfants atteintes d'ophtalmie et de conjonctivite blennorragiques et que l'infection s'observait surtout parmi les enfants atteints des maladies infectieuses aiguës : scarlatine, diphtérie, rougeole, etc. Ces dernières malades étant toujours isolées, leurs objets de toilette ainsi que les instruments étant toujours particuliers à chaque chambre, il faut considérer les infirmières comme étant les principaux agents de la transmission.

En effet, depuis quatre ans, l'auteur a décidé d'isoler complètement les enfants atteints de maladies infectieuses et d'isoler aussi les infirmières proposées à leur donner les soins. Depuis cette époque, les endémies de vulvo-vaginites ont complètement disparu.



H. Dauchez. — TRAITEMENT DE LA LEUCORRÉE CHEZ UNE JEUNE FILLE SCROFULEUSE ET DARTREUSE. (*J. de clin. et de thérap. infantiles*, 15 sept. 1898.)

1° Chaque matin, la mère pratiquera elle-même et à ciel ouvert, des injections intra-vaginales, avec une sonde en caoutchouc souple par laquelle on introduira l'une des injections suivantes :

A. — Pendant quatre jours :

Décoction de roses de Provins	*ââ* 500 gr.
Décocté de racines de guimauve	
Poudre d'alun	5 —

B. — Pendant les quatre jours suivants :

Extrait de saturne	15 gr.
Eau bouillie	1000 —

C. — Après quatre jours de repos, si la leucorrée reparait, on aura recours à l'une des injections suivantes :

Leucorrée modérée :

Sulfure de potassium	10 gr.
Teinture de benjoin	10 —
Carbonate de potasse	5 —
Eau distillée	1000 —

Leucorrée abondante :

Nitrate d'argent cristallisé	3 gr.
Eau distillée	150 —

Injecter de 40 à 50 gr. de cette solution par jour et introduire si l'écoulement persiste après le troisième jour, de petites mèches de gaze imbibée d'eau bioxygénée.

Avant et après chaque injection, grand savonnage des organes génitaux externes.

2° Bains salés chaque semaine.

3° A chaque repas, l'enfant prendra une cuillerée à dessert du sirop suivant, la première quinzaine :

Sirop de quinquina	*ââ* 50 gr.
Sirop de gentiane	
Glycérine anglaise	

4° Pendant la seconde quinzaine, on donnera le matin soit un verre d'eau de Challes — en deux fois, soit une cuillerée à café du sirop suivant à chaque repas :

Sirop d'iodure de fer	*ââ* 50 gr.
Sirop de saponaire	
Podophyllin	0,03 centigr.

Lesage. — TRAITEMENT DU CHOLÉRA INFANTILE. (*Journal de clin. et de thérap. infantiles*, 15 sept. 1898.)

1° Diète absolue, l'ingestion du lait augmente les troubles digestifs. On recommencera l'alimentation par la diète relative, quand les symptômes gastro-intestinaux seront presque disparus. Les premières prises de lait seront glacées.

Pendant cette diète absolue, donner du lait (100 à 200 gr. par jour), pour calmer la soif, ou de petits morceaux de glace.

2° Donner 20 à 30 grammes de cognac ou de rhum, en 4 à 8 prises dans la journée, pur, glacé, ou dans du café noir, une cuillerée à café de la liqueur alcoolique dans une cuillerée à soupe de café noir.

3° Bain chaud à 37 ou 38 degrés, matin et soir, durant dix minutes. On le sinapisera durant les dernières minutes. Friction légère et enveloppements chauds ou ouatés. Boules d'eau chaude.

4° Au début, alors qu'il y a de la fièvre et qu'il n'y a pas trace de collapsus, donner 1 centigramme de calomel toutes les deux heures dans une cuillerée d'eau durant 12 heures.

Ou la potion suivante, par cuillerée à café, avec glace, toutes les demi-heures :

Elixir parégorique	x gouttes.
Acide lactique	2 grammes.
Sirop simple ou de framboise	15 —
Eau	95 —
Essence de menthe	II gouttes.

Ou le mélange d'HCl et d'acide lactique :

HCl et acide lactique	2 grammes.
Eau	75 —
Sirop	95 —

Durant la période d'algidité, 20 à 25 centigr. de caféine dans de l'eau en 2 à 4 prises, seront souvent suivis d'un effet diurétique notable, et de l'élévation de la pression artérielle.

Morel-Lavallée. — TRAITEMENT DU PRURIT VULVAIRE. (*Revue de Thérap. med. chirurgicale*, 15 sept. 1898.)

Rechercher d'abord les causes générales : diabète, grossesse, masturbation, syphilis etc.

Procéder à un examen local attentif et rechercher les causes locales : leucorrée, eczéma, végétations, défaut de propreté, etc.

A. — MÉDICATION LOCALE.

I. — Faire toutes les deux heures une lotion avec la mixture suivante :

Bichlorure de mercure	0 gr. 25 centigr.
Chlorhydrate d'ammoniaque	0 — 25 —
Lait d'amandes	500 grammes.

Faire dissoudre.

II. — En cas d'échec avec cette mixture, employer la solution suivante, qui sera appliquée de préférence le soir. Il faut en imbiber une compresse qui sera maintenue en place le plus longtemps possible :

Hydrate de chloral	5 grammes.
Hydrolat de roses	100 —
Eau distillée	150 —

III. — Contre la démangeaison, le mélange suivant est souvent efficace :

Acétate de plomb	10 grammes.
Acide phénique	5 —
Teinture d'opium	60 —
Eau bouillie	500 —

IV. — Ou :

Chlorhydrate de morphine	0 gr. 50 centigr.
Eau de laurier-cerise	4 grammes.
Borate de soude	10 —
Eau chloroformée	400 —

V. — Pour la journée, employer la pommade :

Chlorhydrate de cocaïne	2 grammes.
Axonge	20 —
Essence de rose	Q. s.

dont l'action est purement palliative, mais très efficace contre la démangeaison.

VI. — Cette autre formule de pommade agira comme modificatrice des tissus :

Bromure de potassium	2 grammes.
Acide salicylique	0 gr. 50 centigr.
Glycérolé d'amidon	20 grammes.
Calomel à la vapeur	0 gr. 50 centigr.

VII. — Saupoudrer ensuite de :

Oxyde de zinc	*ââ* 5 grammes.
Sous-nitrate de bismuth	
Lycopode	10 —

Avoir soin de bien laver les parties à l'eau chaude, avant d'appliquer de nouveau la pommade.

VIII. — A l'heure du coucher et pendant la nuit, appliquer et maintenir sur la vulve des cataplasmes émollients de farine de lin, de fécule, faits avec de l'eau boriquée ou additionnés de quelques gouttes d'acide thymique.

Recommander de laver la vulve à grande eau (de préférence à l'eau très chaude) chaque fois qu'on applique de nouveau un des topiques qui viennent d'être formulés (solutions, pommades ou cataplasmes). Il sera également utile de faire de fréquentes injections vaginales, afin d'éviter le séjour sur les parties malades des produits de sécrétion provenant du vagin.

IX. — Dans quelques cas rebelles, faire des cautérisations au nitrate d'argent sur les parties affectées. Voici la formule :

Nitrate d'argent	1 gramme
Eau distillée	10 —

Pour appliquer avec un pinceau. Ne renouveler l'application que lorsque la desquamation produite par le topique a complètement disparu.

B. — MÉDICATION INTERNE.

Le prurit vulvaire s'observant surtout chez des femmes *névropathes*, anémiques ou neurasthéniques, il importe d'instituer une médication générale appropriée.

X. — Contre l'insomnie, donner la préférence aux bromures et employer :

Bromure d'ammonium	10 grammes.
Hydrate de chloral	5 —
Sirop d'écorces d'oranges amères	90 —

Une cuillerée à soupe à l'heure du coucher : une seconde cuillerée dans la nuit si la malade se réveille et éprouve des démangeaisons.

XI. — Dans les cas où les bromures déterminent des érythèmes, employer le sulfonal associé à l'antipyrine :

Sulfonal.............................. }
Antipyrine............................ } *ââ* gr. 50 centigr.

Pour un cachet. Un ou deux cachets à l'heure du coucher.

Voici, pour terminer, la méthode de Heidenhain contre le prurit vulvaire :

Chaque soir, avant de se coucher, la malade fait une injection vaginale avec une solution de *lysol*, puis avec de l'eau tiède bouillie, et enfin avec une solution de *sublimé* ; la vulve ayant été ensuite lavée avec soin, la patiente s'introduit entre les grandes lèvres une compresse de tarlatane chargée de la solution chaude de tanin. Lorsqu'il existe des excoriations de la muqueuse, on les touche avec le crayon de nitrate d'argent.

André Castan. — LES MÉTRORRAGIES DES JEUNES FILLES (1). (*J. de clin. et de thérap. inf.*, 28 juillet 1898.)

Divers travaux ont été publiés sur ce sujet depuis quelques années et la plupart des auteurs considèrent les métrorragies des jeunes filles comme étant dues soit à une métrite, soit à une affection cardiaque.

M. le Dr André Castan vient de reprendre cette question et ses observations le portent à conclure qu'à côté des formes métritiques ou d'origine cardiaque, il y a chez les vierges des métrorragies sans lésions, constituant à elles seules une individualité clinique et survenant le plus souvent à la puberté ; elles se produisent par auto-infection et sont dans la majorité des cas justiciables du seul traitement général. Il y a donc un grand intérêt à bien les connaître : voici quels sont leurs caractères principaux et dans quelles conditions elles se produisent.

C'est une jeune fille de 13 à 16 ans, suivant l'époque de l'installation menstruelle, qui a des pertes continues ou subcontinues, le premier cas étant le plus fréquent : ces pertes sont survenues soit dès la première époque, soit à une période consécutive, la deuxième ou la troisième dans quelques observations.

Certaines jeunes filles en arrivent à perdre, pendant les 30 jours du mois et, le plus souvent, les arrêts de l'hémorragie ne peuvent être attribués qu'à des moyens artificiels, repos au lit prolongé, hémostatiques, injections appropriées. Mais en dépit de tout, elles reprendront sitôt que la malade leur en fournira l'occasion ou leur en laissera seulement la possibilité. Leur abondance est variable, et très souvent il ne s'agit que d'un simple suintement sanguin continu à la vulve, d'autres fois, profuses, elles auraient pu entraîner à elles seules la mort, si du moins l'on s'en rapporte à quelques observations anciennes. Le sang est généralement liquide, quelquefois en caillots ; mais cet aspect semble se rapporter plus particulièrement à quelques cas spéciaux, ceux accompagnés de douleurs : ce sont les formes *dysménorréiques* constatées chez les vierges et caractérisées par les *coliques expulsives* classiques, avec quelquefois, à l'examen physique, la production d'un *globe utérin* : ce sont là, à vrai dire, des cas peu fréquents. Le plus souvent, la maladie évolue sans que la malade ait éprouvé la moindre douleur, et ce n'est qu'à une période assez avancée, alors que l'hémorragie dure depuis un temps assez long, qu'elle accuse seulement une pesanteur dans le bas-ventre, mais non point ces douleurs vives, caractéristiques de la périmétrite ou cours des affections aiguës, ces points spéciaux d'*ovaralgie*, lombaire, iliaque, inguinale, ni ces douleurs par crises mobiles, pouvant caractériser la dysménorrée.

La leucorrée est aussi rare que les douleurs et comme ces dernières, elle appartient plus particulièrement à la forme métritique. Le toucher et même le spéculum n'apprennent rien non plus, et l'état général reste le plus souvent très bon, de telle sorte qu'il ne subsiste souvent, dans cet examen approfondi, qu'un symptôme invariable, c'est l'hémorragie.

La métrorragie qui se présente dans ces conditions mérite bien le nom d'essentielle, car elle s'accompagne de lésions qui sont presque insignifiantes. Aussi il n'est pas toujours facile d'en trouver la cause. A ce propos, M. Castan attache une grande importance à la constipation qui se retrouve dans presque toutes les observations de ce genre. On s'explique, en effet, que la *coprostase* puisse agir non seulement d'une façon mécanique, mais aussi d'une façon toxique.

En effet, la coprostase produit la stagnation, dans l'organisme, de produits éminemment toxiques destinés à être éliminés : les ptomaïnes, tous les dérivés de la putréfaction, composés azotés, phénols, indol, scatol, etc..., restent dans l'intestin un temps plus ou moins long, et une partie au moins en est absorbée, d'où production d'accidents variables, c'est la *stercorémie*. C'est là la cause majeure de l'hémorragie ; de plus ici, certainement, la localisation fréquente à l'utérus, est facilitée par la gène concomitante apportée à la circulation de cet organe.

(1) In-8°. Chez J.-B. Baillière.

L'impression qui se dégage de cette étude est que les métrorragies des jeunes filles sont surtout justiciables d'un traitement hygiénique général et que c'est toujours par là qu'il faut commencer. L'hydrothérapie, le massage, le gant de crin, l'exercice modéré sont les premiers moyens à employer.

On peut concurremment instituer un traitement interne, fer, arsenic, iodures, malgré leur action vaso-dilatatrice, régulariser les fonctions digestives, établir un régime alimentaire, et surtout *combattre la constipation*, l'usage de purgatifs salins longtemps continués à petites doses, l'emploi fréquent des lavements paraissent devoir être conseillés *dans tous les cas*.

Vautrin et Schul. — FIBROMES UTÉRINS ET GROSSESSE. HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE TOTALE. — *Soc. de méd. de Nancy*, 12 juin 1898. — *Rev. Obst. Intern*, 1er septembre, n° 133, *Suppl.*, p. 195.

Primipare, âgée de 43 ans, dont la grossesse était compliquée de fibromes utérins, et qui fut atteinte, à partir du 7e mois, d'hémorragies utérines dues à une insertion vicieuse du placenta. L'examen de cette femme, pratiqué au 7e mois de la grossesse, permit de reconnaître trois fibromes dont l'un, du volume d'une grosse orange, était situé au fond de l'utérus, au niveau de la corne gauche. Un autre fibrome, de même volume que le précédent, occupait la partie inférieure de la matrice et se trouvait au-dessus de l'arcade crurale gauche ; il n'était pas perçu par le toucher vaginal. Enfin, le troisième fibrome ne pouvant être senti que par le toucher vaginal, était placé à droite du col, plongeait dans l'excavation pelvienne et était gros comme un œuf de poule ; mais au moment de l'accouchement, son volume avait doublé. Le col était dévié, et se trouvait près de la ligne innominée gauche.

Le 20 mars, à 1 h. du matin, à peu près au 8e mois, la malade perdit les eaux, et, en même temps, eut une assez forte hémorragie. Trois heures après, on trouve le col effacé, ouvert comme un franc ; on sent le placenta dans l'orifice utérin et une procidence du cordon ombilical, animé de battements lents et irréguliers. Comme l'hémorragie persiste, on introduit dans l'utérus un ballon de Champetier de Ribes, qui, en douze heures, permit une dilatation grande comme une petite paume de main. A ce moment, le fibrome du côté droit avait subi un léger mouvement d'ascension. On essaie d'introduire une main dans l'utérus, dans le but de saisir un pied du fœtus pour l'attirer dans le vagin. Mais cette introduction est impossible, car la main est arrêtée à 3 centimètres environ au-dessus du détroit supérieur par les deux fibromes qui occupent le côté droit et le côté gauche du segment inférieur. Ces fibromes font saillie dans la cavité utérine et ne permettent que l'introduction de trois doigts dans l'espace qu'ils limitent. Ces doigts atteignent avec peine une partie fœtale molle, située au-dessus du canal étroit qui existe entre les deux fibromes. Les résultats de cette exploration ne permettaient pas d'espérer un accouchement par les voies naturelles.

La malade fut transportée à la clinique du Dr Vautrin qui, le 21 mars, à 8 heures du matin, pratiqua l'hystérectomie abdominale totale, sans ouvrir l'utérus, puisque le fœtus avait succombé. La Femme, actuellement, va bien et n'a qu'un peu d'œdème du membre inférieur gauche, résultant d'une phlébite de ce membre, qui était survenue le 7e mois de la grossesse.

Une coupe verticale de l'utérus passant un peu en avant de l'insertion de la trompe gauche et un peu en arrière de l'insertion de la trompe droite, montre que le fœtus se présente par l'épaule gauche, en variété dorso-antérieure. Les deux fibromes de la partie inférieure occupent le côté droit et le côté gauche du segment inférieur de la matrice ; ils sont interstitiels, sont saillants non seulement à la face externe, mais encore à la face interne de l'utérus, de sorte qu'ils limitent un canal d'un diamètre de 3 cent. 1/2, dans lequel se trouvent le placenta et le cordon ombilical.

Gottschalk. — INFLUENCE DES SUITES DE COUCHES SUR LES KYSTES DE L'OVAIRE. — *Samml. Klin. Vorträge*, 1898, n° 207, p. 1161. — *Rev. Obst. Intern.*, 1er septembre, n° 133, *Suppl.*, p. 193.

La complication de la grossesse par les kystes de l'ovaire est toujours sérieuse. Aussi bien, actuellement, on pratique toujours l'ovariotomie précoce pendant la grossesse, alors qu'autrefois on ne traitait le kyste de l'ovaire que pendant l'accouchement quand il apportait un obstacle à la terminaison de ce dernier.

Les kystes de l'ovaire peuvent subir une influence fâcheuse pendant la grossesse et l'accouchement, mais aussi pendant la suite de couches.

Les suites de couches peuvent produire du côté du kyste les modifications suivantes : 1° des adhérences, souvent très étendues, du kyste avec les organes voisins (intestins, paroi abdominale) ; 2° la torsion du pédicule, accident moins fréquent que le précédent, mais cependant pas très rare. Les causes de cette torsion pendant les suites de couches résident dans la diminution brusque de la pression intra-abdominale à la suite de l'évacuation de l'utérus. Le kyste alors trouve plus de place dans l'abdomen, et lors



d'un changement d'attitude de la malade, peut se tordre au niveau de son pédicule d'où les accidents bien connus : hémorragies intrakystiques, fièvre, suppuration du kyste.

3° Le 3e accident qui peut survenir, pendant les suites de couches, du côté du kyste, c'est l'infection de son contenu. Cette infection se traduit par la fièvre. Lorsque cette infection du kyste se produit dans les premiers jours des suites de couches et que, pendant la grossesse, le kyste était passé inaperçu, on peut penser à l'infection puerpérale.

Mais, parfois, l'infection du kyste dans le post-partum évolue sans fièvre et insidieusement, puis, brusquement, éclatent des accidents graves. Gottschalk cite un cas de ce genre qu'il a pu observer.

Il s'agit d'un kyste de l'ovaire du côté droit qui présentait au niveau de son pôle supérieur une large zone tympanique due à l'accumulation à ce niveau d'une grande quantité de gaz fétides. Le reste du kyste contenait un pus fétide, gris verdâtre. Le pédicule était tordu deux fois sur son axe ; ce pédicule était formé par le ligament de l'ovaire élargi. Dans l'abdomen, se trouvait du liquide ascitique libre ; on trouva de plus un abcès intra-péritonéal, bien encapsulé, situé sur les côtés de l'utérus.

Cliniquement, il s'agissait d'une Femme de 40 ans qui était restée stérile pendant 13 ans et qui avait accouché 3 mois auparavant. Le 2e jour des suites de couches étaient apparus des phénomènes péritonitiques sans fièvre, qui avaient rapidement disparu. Puis, au bout de 9 semaines, les symptômes de péritonite s'étaient à nouveau montrés ; puis, 3 semaines après, s'installa brusquement une douleur abdominale extrêmement vive due, sans aucun doute, à la torsion du pédicule du kyste.

Au cours de l'opération, on trouva des adhérences très fortes du kyste avec les organes voisins (péritoine pariétal, côlon descendant et ascendant, S iliaque, rectum, cul-de-sac de Douglas). Gottschalk put libérer ces adhérences et faire l'extirpation du kyste, suivie de drainage. La Femme a guéri. Bactériologiquement, on trouva dans le contenu suppuré du kyste, le bacterium coli commun en culture pure. Dans l'abcès pelvien, on trouva le Staphylocoque blanc.

Ce cas est intéressant puisqu'il montre que le bacterium coli est capable de produire des gaz fétides dans un kyste fermé. La suppuration du kyste est-elle due aussi au même Colibacille, ou plutôt au Staphylocoque, le Colibacille n'étant survenu que secondairement ? La question est difficile à résoudre.

En tout cas, l'on sait maintenant que le Colibacille peut produire la péritonite purulente, le pyosalpinx, etc.

La migration du Colibacille, dans le cas de Gottschalk, a dû se faire à travers les adhérences unissant le kyste à l'intestin.

Ch. Maigne. — TUMEUR POLYFIBREUSE SOUS-PÉRITONÉALE DE L'UTÉRUS. — OPÉRATION. — GUÉRISON. (*J. des Sciences méd. de Lille*, 17 septembre 1898.)

G..., Mathilde, 41 ans, servante, entre dans le service de M. le professeur Duret, salle Saint-Jean, le 18 juin 1898. Cette Femme, réglée depuis l'âge de 15 ans, l'a toujours été régulièrement. Elle n'est pas mariée et n'a jamais eu d'enfants. Il y a cinq ans, elle a subi une opération pour un fibro-adénome du sein gauche. Aujourd'hui, le sein est souple et ne présente rien de spécial.

Au moment où elle entre dans le service, elle a des pertes sanguines abondantes qui durent plus de huit jours. Dans l'intervalle, elle n'a pas de pertes blanches, mais elle ressent des douleurs dans toute la région lombaire. La miction n'est pas douloureuse, par contre, il y a constipation habituelle.

L'examen de la malade est pratiqué le 20 juin par M. le professeur Duret. A l'inspection on voit toute la paroi inférieure de l'abdomen soulevée par une tumeur volumineuse, dure, qui au palper donne la sensation de bosselures multiples, de grosseurs variables, depuis un œuf de poule jusqu'au volume du poing. Le déplacement de la tumeur de haut en bas et de droite à gauche est assez douloureux. La tumeur, qui s'étend depuis le nombril jusqu'au pubis, mesure verticalement 20 centimètres et transversalement 18 centimètres.

Par le toucher, on trouve le col très en arrière. Dans le cul-de-sac latéral droit, on a la sensation d'une tumeur fibreuse, arrondie faisant corps avec la tumeur principale. Le palper bi-manuel montre que toute la région abdominale, d'une épine iliaque à l'autre et depuis l'ombilic jusqu'au pubis, est remplie par la tumeur. La cavité utérine mesure à l'hystéromètre 8 à 9 centimètres. On obtient 12 centimètres avec la sonde molle. On porte le diagnostic de tumeur polyfibreuse.

L'opération est pratiquée le 23 juin. Le ventre ouvert, on voit que la tumeur étant sous-péritonéale, on ne peut procéder à une opération régulière. En arrière de la tumeur, l'S iliaque et le colon ont été attirés presque jusqu'au sommet du fibrome où ils sont fixés par la traction péritonéale. On coupe les adhérences à une petite distance du péritoine et on dissèque les parties sous-jacentes du fibrome avec les doigts. La tumeur restant enclavée dans le bassin, on ne sait où se trouve la veine. Le chirurgien sectionne alors la partie superficielle du ligament large gauche, ce qui permet d'attirer la masse fibreuse. Un lobe gros comme les deux poings se dégage alors de dessous le pubis. On coupe à la surface le feuillet séreux et on tache de le sortir de l'espace celluleux qu'il occupe.

Attirant alors fortement la masse fibreuse à droite, on sectionne toutes les adhérences à gauche. On rencontre l'artère utérine qu'on lie. Le vagin est demi serré et on remonte en suivant le bord de la masse fibreuse, de façon à la libérer jusqu'en haut et à droite. On opère de même de ce côté et on lie l'artère utérine droite. La masse polypeuse est alors enlevée. On se trouve alors en présence d'une vaste cavité celluleuse répondant au Douglas. Le chirurgien tâche de ramener de chaque côté le péritoine pour recouvrir en partie l'espace celluleux occupé par la tumeur. On suture au catgut. On fait un michaltin par le vagin, on place un drain abdominal et on suture la paroi.

La tumeur enlevée pèse 1,680 grammes. Elle se compose d'une dizaine de masses fibreuses, depuis la grosseur d'une pomme au volume de deux poings. Son insertion se fait surtout sur le fond et la paroi postérieure de l'utérus. Dans son grand axe, elle mesure 23 centimètres. Elle occupe toute la cavité du Douglas et s'étend même en avant entre l'utérus et la vessie qu'elle refoule en avant. La tumeur a attiré à elle tout le péritoine voisin des fosses iliaques et du Douglas. L'utérus qui est en avant de la masse fibreuse a sa partie cervicale et corporale très allongée. Le col, depuis l'isthme mesure 8 cent. Le corps est transformé en une masse triangulaire, incluse entre 3 ou 4 fibromes.

Sur une coupe, le tracé de ces fibromes présente des volutes concentriques, comme dans les fibromyomes ordinaires.

Les suites opératoires ont été excellentes. La malade qui les premiers jours après l'opération avait présenté un peu d'agitation et de subdélire est aujourd'hui en très bonne voie de guérison.

REVUE AMÉRICAINE

Frederick Péterson. — LES AFFECTIONS PELVIENNES SONT-ELLES UNE CAUSE DE DÉSORDRES NERVEUX OU PSYCHIQUES ? (*Ass. med. Amér.*, *à Denver*, 8 juin 1898. — *Ann. of. Gyn. and Pediatry*, août 1898.)

Les spécialistes d'aujourd'hui ont une tendance excessive à faire évoluer autour de leur spécialité comme centre tout le microcosme humain : ainsi les gynécologues, surtout ceux qui sont atteints de la manie opératoire, veulent que tous les troubles nerveux de la Femme soient sous la dépendance de leur appareil génital. L'orateur essaye de réagir contre cette tendance et critique un certain nombre de traités et d'auteurs qui négligent cette question ou lui donnent une importance exagérée ou une interprétation erronée. L'un deux, notamment, classe ainsi les troubles nerveux chez la Femme : ceux qui sont purement d'origine centrale, cérébrale, et ceux qui dépendent d'affections sexuelles et sont d'origine réflexe. Les ophtalmologistes, rhinologistes, etc. pourraient en dire autant. La féminité ne réside pas seulement dans les organes pelviens : os, muscles, seins, viscères, système nerveux, esprit, constituent aussi l'organisme spécial de la Femme. Les désordres pelviens n'ont rien de plus à voir avec les troubles nerveux ou psychiques que les lésions de toute autre partie du corps. Ils ont même moins d'influence sur les psychoses et les névroses que beaucoup d'autres organes ; en effet, comme chez l'Homme, les causes de neuro-psychoses doivent être recherchées dans des désordres intrinsèques du système nerveux lui-même ou dans des troubles de nutrition de ce système, sous la dépendance d'affection des reins, des poumons, du foie, du cœur, de l'appareil digestif, etc. Il est vrai qu'on signale souvent, à l'origine ou au moment d'exacerbations des neuro-psychoses, la puberté, l'adolescence, la menstruation, la puerpéralité etc. ; mais les organes pelviens eux-mêmes n'ont dans ces cas qu'un rôle secondaire : c'est tout l'organisme qui est en jeu. Ces états influencent l'unité biologique tout entière : elles perturbent momentanément l'harmonie délicate du système nerveux qui préside au fonctionnement si complexe de la machine humaine et le rendent plus vulnérable. On ne peut nier que les *douleurs épuisantes* d'origine pelvienne ne donnent naissance à des états hystériques ou neurasthéniques ; mais les douleurs de même caractère et de siège différent produisent le même effet : il en est de même des lésions qui affectent la nutrition du sytème nerveux, telles que les grandes hémorrhagies, les suppurations, etc. Telles sont les seules concessions qu'on puisse faire aux gynécologues : on ne peut accepter que l'insanité soit toujours chez la Femme sous la dépendance du réflexe pelvien. Elle reconnait deux grands facteures étiologiques ; l'instabilité héréditaire ou une influence physique ou morale, intéressant directement le système nerveux. On n'a jamais pu démontrer que l'épilepsie ou la chorée fussent d'origine

pelvienne. L'auteur tend donc de toutes ses forces à limiter le champ de la gynécologie opératoire qui veut trop s'étendre sans tenir compte des données scientifiques et raisonnables : qu'elle se borne à soigner et opérer les lésions pelviennes avérées chez les nerveuses, au même titre que chez les Femmes saines d'esprit, sans prétendre traiter les psychoses par les opérations pelviennes.

F. Dercum. — LES AFFECTIONS NERVEUSES ET MENTALES SONT-ELLES GUÉRIES PAR LES OPÉRATIONS PELVIENNES ? (*Annals of Gyn. and. Pediatry.* Août 1898.)

Les deux névroses auxquelles ont le plus souvent affaire les gynécologues, comme, du reste, les médecins en général, sont la *neurasthénie* et *l'hystérie*. Les symptômes de la première sont toujours l'expression d'une fatigue chronique ; aussi l'auteur l'a-t-il appelée : la névrose de fatigue — suit une analyse détaillée de ces symptômes. L'hystérie, qu'il dénomme de préférence psychonévrose, mieux étudiée en France et en Allemagne qu'en Amérique, présente un syndrome aussi défini et aussi constant que n'importe quelle autre maladie et l'auteur le décrit en détail et émet les conclusions suivantes : En ce qui concerne la *neurasthénie*: 1° La neurasthénie peut exister en dehors de toute affection locale, pelvienne ou autre. 2° Il n'y a pas de relation nécessaire entre la neurasthénie et les affections pelviennes alors qu'elles coexistent dans le même cas. 3° Lorsque survient une lésion pelvienne chez une neurasthénique, celle-ci peut en reconnaître plus aisément les symptômes, lesquels prennent une prédominance du fait de la neurasthénie, c'est-à-dire de l'exagération de l'irritabilité et de la réaction aux impressions locales, la faiblesse et l'instabilité nerveuses allant de pair.

En ce qui concerne l'*hystérie* : 1° L'hystérie peut s'observer en dehors de toute affection locale, pelvienne ou autre. 2° Il n'y a pas de relation entre les affections pelviennes et l'hystérie, même si les deux coexistent sur le même sujet. 3° Dans l'hystérie il y a une exagération de la réaction aux impressions extérieures ; mais cette réaction est purement physique : l'hystérique est impressionnable avec excès et réagit d'une façon incoordonnée aux impressions atteignant les facultés effectives : cette réaction diffère de celle de la neurasthénie. L'hystérique subit facilement la suggestion — et même l'auto-suggestion — d'une affection pelvienne, surtout avec l'inguinodynie ou les douleurs sacrées, fréquentes dans l'hystérie. De ces considérations il est permis de répondre sans hésiter par la négative à la question posée. La neurasthénie et l'hystérie ne peuvent se guérir par des opérations pelviennes : on ne doit jamais enlever un organe sain dans le grossier espoir de guérir une névrose.

Lorsqu'une lésion pelvienne complique un cas de neurasthénie ou d'hystérie, le chirurgien ne peut espérer la guérison de la névrose, mais seulement celle des symptômes propres à la lésion pelvienne elle-même et il ne doit opérer qu'en vue de cette dernière. S'il répare une déchirure périnéale, c'est que de cette déchirure résultent des troubles mécaniques, des déviations, etc., et non parce que cette déchirure s'observe chez une neurasthénique ou une hystérique, de même, s'il s'agit d'un appendice, d'un ovaire, d'un rein, etc.

Cependant l'opération pour la cure de lésions pelviennes actuelles est indiquée chez les neurasthéniques à cause de l'instabilité nerveuse excessive qui est encore exagérée par les impressions locales. De même doit-on remédier aux troubles oculaires, tout en se rappelant combien les neurasthéniques sont sensibles au choc nerveux, et en différant au besoin l'intervention. Chez les hystériques ; il faudrait différer jusqu'à guérison de l'hystérie ou n'opérer que si la vie est réellement en danger.

En ce qui concerne les diverses variétés de folie, résultat d'un trouble anatomique ou fonctionnel du système nerveux ou d'une intoxication quelconque, la réponse est aussi franchement négative. On peut objecter qu'un acte chirurgical produit parfois une amélioration spontanée : il en est de même de tout autre agent, fièvres, érysipèle, accidents de toute sorte : mais l'effet est souvent contraire. Même dans les cas de folie compliqués de grosse lésion organique, on ne doit opérer qu'en cas de danger immédiat pour la vie de la malade.

Harold Moyer. — TROUBLES NERVEUX ET PSYCHIQUES CONSÉCUTIFS AUX OPÉRATIONS PELVIENNES. (*Ann. of Gyn. and Pediatry*, août 1898).

Rien de plus difficile à établir que cette relation, en raison du grand nombre de faits rapportés, de l'insuffisance des renseignements ou du caractère contradictoire de ceux-ci. Y a-t-il une différence, à ce point de vue, entre les opérations en général et les opérations pelviennes en particulier ? Celles-ci semblent fournir un bien plus grand nombre de cas consécutifs de folie, de neurasthénie ou d'autres troubles nerveux : cependant, si on se livre à une analyse scrupuleuse, on peut imputer ces perturbations à la longue durée, aux souffrances de l'affection pelvienne elle-même, qui constituent un terrain favorable à l'éclosion de ces troubles. Pour établir une donnée, l'auteur a comparé 50 cas chez l'Homme et chez la Femme : chez le premier, il s'agit d'opérations sur la prostate et la vessie ; or les troubles nerveux imputables à l'opération elle-même se sont montrés plus fréquents chez l'Homme que chez la Femme. Tenant compte de tous les facteurs, les opérations pelviennes chez la Femme n'ont pas déterminé plus de troubles, tels que neurasthénie ou folie, que les opérations de chirurgie générale.

En somme, il n'y a pas de différence radicale dans les effets nerveux immédiats consécutifs aux opérations pelviennes entre l'Homme et la Femme, ni entre les opérations pelviennes et celles de chirurgie générale. Relativement à la possibilité d'effets physiologiques particuliers suivant l'extirpation de l'ovaire, et non imputables à la ménopause, l'orateur n'a pu étayer une opinion : cependant, il estime que, d'une manière générale, il vaut mieux laisser l'ovaire, ou au moins une partie de celui-ci, et il incline à penser que la résection est préférable à l'excision.

Sherwood-Dunn. — RAPPORTS ENTRE LES AFFECTIONS NERVEUSES ET LES MALADIES PELVIENNES (*Ann. of Gyn. and Pediatry*, août 1898.)

Les concluantes et belles expériences instituées par Hodge sur des Mammifères et des Oiseaux ont prouvé que la neurasthénie résulte d'une perte de substance du noyau et du protoplasma de la cellule, d'une usure de ces éléments, résultat constant de la fatigue. La continuité de l'action réflexe, ne laissant pas au neurone le temps de se refaire, produit un état pathologique caractérisé par la rétraction du noyau du protoplasma, et qui soustrait au neurone son aptitude à transmettre l'influence nerveuse normale, d'où les symptômes de fatigue chronique, musculaire, sensorielle mentale, digestive, etc., qui sont la caractéristique de la neurasthénie vraie. Or les organes génitaux de la Femme sont les plus étroitement liés au système nerveux central et il est bien reconnu que déplacements et maladies de l'utérus et des annexes sont responsables de l'irritation nerveuse, du malaise général qui s'observe tôt au tard chez les femmes qui en sont atteintes. Si la neurasthénie est le résultat d'une modification dans la cellule nerveuse, due à un excès de fonctionnement, les lésions pelviennes en fournissent la cause la plus fréquente et leur guérison doit en être le premier élément du traitement causal. Le traitement tonique, diététique, peut améliorer une neurasthénique pelvienne, mais son heureux effet ne survivra guère à sa rigoureuse application. l'auteur en cite un exemple probant. Dans un mémoire qu'il a présenté à l'Association américaine des accoucheurs et gynécologues, il a analysé et comparé 100 cas de phénomènes nerveux consécutifs à l'ophorectomie double et aux opérations conservatrices de résection ; or, d'accord avec Kelley, Mann, Palmer, Dudley, il est franchement partisan de la chirurgie pelvienne conservatrice.

Si son opinion est bien faite en ce qui concerne les relations des affections pelviennes avec la neurasthénie, il n'en est pas de même pour l'hystérie, si variable en ses modes et si décevante dans ses traitements. Tel cas, coïncidant avec, et lié apparemment, à de grosses pelviennes, empire parfois après guérison chirurgicale de ces lésions. Et, d'autre part, les exemples abondent du résultat contraire Weir Mitchell a récemment cité 3 ou 4 cas d'hystérie guérie par des opérations pelviennes. On sait aussi que l'oophorectomie a guéri souvent la nymphomanie.

En ce qui concerne la folie, les neurologistes proclament qu'elle n'a jamais bénéficié du couteau du chirurgien, cependant cette assertion contrarie de nombreux faits cliniques et J. Price a cité le cas d'une malade folle depuis 22 ans guérie après correction d'un prolapsus et extraction d'un gros calcul vésical.

Il est certains états pathologiques de l'ovaire qui, en raison de leurs caractères microscopiques, échappent à l'examen clinique et qui occasionnent indiscutablement des réflexes persistants et pénibles, ces lésions ont depuis longtemps attiré l'attention des chirurgiens les plus éminents et sont très heureusement corrigées par l'intervention chirurgicale conservatrice. Ces lésions micropathologiques prêtent à la critique des confrères neurologistes et cependant elles sont assez d'importance pour qu'on ait recours aux gynécologues. Ce sont : l'ovarite scléro-microkystique, l'ovarite œdémateuse diffuse, l'ovarite mégalo-kystique et l'ovarite hypertrophique ou épaississement de l'albuginée. Elles donnent lieu à des douleurs plus intolérables que les grosses lésions et les résultats obtenus dans ces cas, par la résection ou autres procédés conservateurs doivent à l'avenir commander l'attention des médecins.

Tout ouvrage dont il sera envoyé deux exemplaires sera annoncé et analysé s'il y a lieu.

R. PICHEVIN, *Directeur-Gérant.*

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE DAIX FRÈRES.
Maison spéciale pour Journaux et Revues.



SOMMAIRE

A PROPOS D'UNE NOUVELLE OPÉRATION CONSERVATRICE

pour la cure de l'inversion utérine irréductible. — (De la colpo-hystérotomie postérieure.)

Par le Dr H. DURET,

Professeur de Clinique chirurgicale, ex-chirurgien des Hôpitaux de Paris.

Dans une leçon clinique publiée le 2 août 1898, dans la *Semaine Gynécologique*, nous exposions avec soin les causes les plus directes de l'irréductibilité dans l'inversion utérine, et nous terminions par la description d'un procédé opératoire que nous croyions entièrement nouveau, qui permettait de *réduire l'inversion* et de *conserver l'organe*.

Ce procédé consistait essentiellement en une *colpo-hystérotomie postérieure*, permettant le retournement de l'utérus inversé.

On pratiquait ensuite une double suture de la longue incision faite à la paroi postérieure de l'utérus devenue antérieure ; puis, le fond de l'organe était relevé, réintroduit dans l'abdomen, par l'ouverture vaginale débridée, et reposé en situation normale. On achevait alors la réfection de l'utérus, par une suture soignée de l'isthme et du col.

Bref, l'opération comprenait six temps principaux : 1° l'incision du cul-de-sac postérieur du vagin ; 2° la colpo-hystérotomie postérieure complète ; 3° le retournement de l'utérus inversé ; 4° la suture double du corps de l'utérus jusqu'à l'isthme ; 5° la réduction et la reposition de l'organe ; 6° la suture et la réfection du col.

Dans une lettre à la date du 15 septembre 1898, le Dr Giovani Piccoli, coadjuteur de l'Institut obstétrico-gynécologique de Naples, nous adresse une réclamation de priorité et nous envoie plusieurs brochures qu'il a publiées sur le sujet, et un article récent, édité dans les *Archives italiennes d'obstétrique et de Gynécologie* (Anno V. fasc. 8).

Lorsque notre leçon a été publiée, nous ne connaissions pas les mémoires du Dr Piccoli. Nous les eussions cités avec empressement. Nous ignorions aussi les deux opérations exécutées avec succès par le Professeur Morisani de Naples, et par le Dr Enrico Sava. Nous devons ajouter qu'aucun des Traités classiques les plus récents, en particulier le Traité du Prof. Pozzi, 3e édit. 1897, et celui de Labadie-Lagrave et Legueu (1898) ne font mention du procédé de Piccoli et des opérations des deux chirurgiens italiens.

Nous avions été conduits, par les circonstances, à pratiquer l'incision de la paroi postérieure de l'utérus inversé dans toute son étendue, afin d'en obtenir le retournement. Ayant d'abord fait les incisions d'Otto Kustner, et ayant ensuite tenté de réduire l'inversion, cela nous fut impossible. Nous eûmes alors l'idée de poursuivre plus loin l'incision, de l'étendre jusqu'au fond de l'utérus, et alors la réduction fut possible. Le 19 décembre 1893, le Dr Piccoli, dans un cas d'inversion irréductible, tenta d'abord la réduction par le procédé de l'incision du col et n'y réussit pas ; la malade étant très anémiée par les pertes de sang, il fit rapidement une hystérectomie vaginale, et la sauva.

Après cette opération, cherchant à réduire l'inversion sur l'utérus qu'il avait extirpé, il n'y parvint qu'en prolongeant l'incision commencée sur la face postérieure de l'utérus, jusqu'à son fond. De là, lui vint l'idée d'un procédé nouveau, dont il entretint les membres du Congrès international de médecine de Rome en mars-avril 1894.

En raison de cette publication, et de celles que le Dr Piccoli nous a obligeamment communiquées (1) nous ne faisons aucune difficulté de reconnaître *que la priorité de l'idée* de l'incision totale de la face postérieure de l'utérus dans l'inversion chronique irréductible, pour en obtenir le retournement, appartient au Dr Piccoli. Nous reconnaissons également que, deux fois avant nous, l'opération indiquée par Piccoli, a été exécutée heureusement, par le Professeur Morisani, de Naples, et par le Dr Enrico Sava.

Ces constatations loyalement faites, nous croyons cependant équitable d'établir que l'opération, que nous avons faite avec succès chez notre malade, *diffère par plusieurs points importants des précédentes*. Pour qu'on en puisse juger, il est nécessaire de faire connaître exactement les pièces du débat scientifique : l'importance des résultats obtenus, et l'utilité d'une bonne technique méritent que les choses soient connues avec quelques détails.

Comme nous l'avons déjà dit, la première publication du Dr Piccoli a eu lieu au Congrès international de médecine de Rome en mars-avril 1894.

Sur un *utérus inversé enlevé par l'hystérectomie*, il prolonge, après l'opération, l'incision incomplète faite à la paroi postérieure, et réussit à obtenir le retournement. Il ajoute ensuite :

« La conclusion qu'il peut tirer de ce fait clinique, c'est que l'obstacle à la réduction de l'inversion chronique, est causée par la rigidité de la paroi, par la rétraction et la résistance de l'infundibulum de l'inversion ». Il rejette les méthodes de Thomas, d'Antona, de Millot, de Barnes, de Backer Brown qui sont insuffisantes et dangereuses. Celle de Kustner diffère de la sienne, parce qu'il commence l'incision de la paroi postérieure seulement à deux centimètres du fond et la termine à deux centimètres de l'orifice externe. Il formule en ces termes, au Congrès, les règles de son opération :

Dans toute inversion non réductible par le taxis.

1° Faire l'asepsie du canal génital, abaisser l'utérus avec un lien élastique, et éventuellement curetter la muqueuse utérine.

2° Large ouverture de l'espace de Douglas, par une incision transversale du cul-de-sac postérieur du vagin.

3° Nouvelle tentative de réinversion, et, si elle ne réussit pas, incision sur la ligne médiane, de toute l'épaisseur de la paroi postérieure du col et du corps de l'utérus jusqu'au fond, s'il est nécessaire, et réinversion de l'organe.

4° Suture de l'ouverture péritonéale faite à l'utérus avec des points séparés.

5° Reposition de l'utérus et fermeture de l'espace de Douglas avec points de suture.

6° Réserver l'hystérectomie pour le cas d'hémorragie incoercible de la surface de section. »

La description opératoire est sommaire, insuffisante en ce qui concerne le mode de suture de la plaie utérine et montre bien que l'auteur n'avait pas exécuté, sur le vivant, l'opération qu'un essai sur le cadavre l'avait amené à concevoir.

Trois années plus tard, dans une communication à l'Académie médico-chirurgicale de Naples, il publie un second travail dans lequel il relate deux opérations pour inversion utérine, exécutées sur le vivant (2) d'après son procédé.

Voici d'abord le récit de l'opération du Professeur Morisani, qui eut lieu le 6 février 1896.

Cas de Morisani. — La malade était une jeune Femme âgée de 25 ans. Après deux années de mariage, elle devint enceinte. La première partie de son accouchement se passa péniblement : elle fut placée sur deux chaises et expulsa un fœtus à terme. Mais le placenta ne sortant pas facilement, la sage-femme fit

---

(1) PICCOLI. — Proposito di un nuovo processo par la cura conservatrice della inversione cronica, etc. (Congrès int. de Rome, 1894, Vol. V, p. 236-237.)
E. SAVA. — Un caso d'inversione cronica.... (*Arch. di obst. et gyn.*, 1897, n° 9.
G. PICCOLI. — Nuovo processo conservatore par la cura della inversione chronica.... (Extr. *Academio medico chir. di Napoli*. Anno, 41, n° 6, 1897 et *Archiv. di Obstetricia e Gynécol*. Anno V. Fasc. 3.)
— G. PICCOLI. Per la priorita à del processo di colpo isterotomia posteriore nella cura delle inversione cronica... (Nota in *Arch. Obst. et Gyn.*, Anno V, Fasc. 8, août 1898.

(2) GIOVANNI PICCOLI. — Un nuvo processo conservatore par la cura della Inversione cronico. Dell'utero par Dott. (*Academia med. chirurg. de Napoli*, n° 6, 1897.)

des tractions énergiques : elle parvint à l'extraire : mais il s'écoula une grande quantité de sang. C'est seulement quinze jours après, qu'au moment d'un cathétérisme, la malade faisant effort, qu'on vit sortir des voies génitales, une tumeur, grosse comme une tête de fœtus, rouge, saignant abondamment. Un médecin appelé conseilla l'application d'un mouchoir imbibé d'huile d'amandes. Elle resta ainsi pendant sept années ; elle perdait du sang à chaque effort. Pendant trois années, elle vint à la Clinique où on lui appliqua de temps à autre une colpeurynter de Braun, sans grand résultat ; et, nous lui conseillâmes de chercher la guérison dans une opération.

Elle vint dans le service du Professeur Morisani, qui, essaya une fois encore le pessaire à eau de Braun, sans succès.

Le 6 février 1896, ayant asepsié les voies génitales, ce chirurgien, saisissant le col avec des pinces de Martin, appliqua un tube élastique sur la partie la plus élevée de l'utérus inversé, et, par une légère traction l'amena hors de la vulve. Il s'aperçut alors que le pédicule de la tumeur était formé par le col utérin et qu'il avait transformé une inversion du 2e degré en 3e degré. Il saisit alors la lèvre postérieure avec deux pinces de Martin, supprima le lien élastique, et attira l'utérus en haut vers le pubis, après l'avoir entouré de gaze stérilisée.

Il fit ensuite une ouverture d'un centimètre 1/2 au cul-de-sac vaginal, ouvrit l'espace de Douglas, introduisit l'index dans l'infundibulum péritonéal de l'inversion, et fit de nouveau une tentative inutile de taxis.

Alors, il agrandit l'incision du cul-de-sac vaginal, et ouvrit plus largement l'espace de Douglas, d'un ligament sacré à l'autre, suivant une ligne courbe. La phalange unguéale de l'index fut alors introduite dans l'infundibulum de l'inversion, et servit de guide à un bistouri boutonné, avec lequel il commença à inciser verticalement, sur la ligne médiane, la paroi postérieure du col et du corps de l'utérus, en allant de l'orifice externe vers le fonds.

Il s'arrêta, un instant, dans l'incision, pour faire une nouvelle tentative de réinversion, mais inutilement. Il fut contraint de prolonger l'incision verticale jusqu'au fond, et, quand l'infundibulum fut totalement ouvert, en plaçant les pouces sur la surface de l'utérus, de chaque côté de l'incision, en combinant des mouvements de pression des pouces sur la base de la tumeur, et des tractions en dehors des lèvres de l'infundibulum avec les autres doigts, il obtint la réinversion avec une facilité extraordinaire. La paroi postérieure divisée devint antérieure, et la surface péritonéale primitivement interne se trouva en dehors. L'utérus était alors dans la position qu'il occupe, après sa culbute, dans l'hystérectomie vaginale (1). Si l'on veut permettre une comparaison, l'utérus se réinverse comme la manche d'un habit qu'on retourne.

Il s'écoula peu de sang des surfaces cruentées, hormis d'une petite artère, de la paroi droite, juxta-péritonéale.

Ne pouvant lier isolément le petit vaisseau, avec une aiguille courbe on passa un fil à 3 millimètres du bord de l'incision, et on le lia sur le péritoine : l'hémostase fut complète.

Les parties cruentées du corps et du col furent rapprochées, et réunies par leur surface péritonéale, à l'aide de 12 points séparés profonds et de deux superficiels, avec du fil de soie aseptique.

La suture étant terminée, l'utérus fut repoussé à travers l'ouverture du cul-de-sac postérieur, de manière à faire rentrer d'abord le corps, puis le fond, de telle sorte que l'organe se trouva à sa place, dans une légère antéversion.

Le Professeur Morisani préféra laisser ouvert le cul-de sac postérieur, et, après une abondante irrigation avec l'eau stérilisée, il remplit le vagin avec de la gaze, de manière à maintenir l'utérus dans la position voulue.

Les suites opératoires furent un peu entravées par un catarre bronchique et par une élévation de température qui au 6e jour atteignit 40° : mais une injection hypodermique de quinine et une injection intra-utérine de sublimé 1/5000e arrêta les manifestations, et le 10e jour la malade quitta le service dans d'excellentes conditions. Elle fut revue 18 mois après : l'utérus était en bonne position, mobile, et ses fonctions étaient normales.

(1) C'est-à-dire le fond en bas et la face postérieure en avant ; on obtient ce résultat, dans l'hystérectomie, quand, après incision du cul-de-sac vaginal postérieur, on attire le fonds de l'utérus, et on le bascule complètement en bas et en avant. (Note du traducteur.)

Telle est l'intéressante observation de Morisani : nous croyons que la légère infection qui survint consécutivement et qu'il arrêta par une injection de sublimé intra-utérine, a pu avoir pour cause, l'emploi d'un seul plan de suture. Nous l'avons fait double dans notre opération.

Cas de Enrico Sava. — Giovanina P., des environs de Naples, n'a aucun antécédent, a toujours joui d'une bonne santé, est réglée normalement depuis l'âge de 13 ans. Elle devint enceinte à 17 ans, et la grossesse suivit un cours régulier. La première partie de l'accouchement fut bonne : mais l'extraction du placenta fut très pénible à cause d'adhérences presque totales. La sage-femme sachant que l'enfant était le fruit d'une union illicite, et ne comprenant pas la gravité du cas, n'appela pas de médecin ; elle exerça des tractions énergiques sur le cordon, en même temps qu'elle exprimait fortement l'utérus. Celui-ci s'inversa totalement, et le placenta resta adhérent. Un médecin fut alors appelé, qui détacha le placenta, et repoussa l'utérus, sans réduire l'inversion.

L'hémorragie fut grave pendant la première heure, et ensuite irrégulière. Le 13e jour l'utérus se prolaba de nouveau : le médecin le repoussa dans le vagin et pour éviter qu'il ne retombât, appliqua un gros pessaire, qui causa pas mal de douleurs et ne resta en place que quelques jours. Les hémorragies continuant et devenant plus graves, le Dr Gregorio fut appelé : il en reconnut la véritable cause, c'est-à-dire l'inversion, dont il tenta vainement la réduction manuelle. Il se contenta alors d'introduire des tampons vaginaux qu'il laissait en place 24 à 48 heures, dans le but non seulement d'arrêter les hémorragies, mais d'opérer peu à peu la réduction.

Après trois mois, celle-ci avait fait peu de progrès, il pensa alors que la malade gagnerait beaucoup, pour le rétablissement de sa santé, si on pouvait avoir recours à une opération rapide.

Le 20 juin 1897, cette opération fut faite par le Dr Sava avec l'aide des Drs Murando, Poso, Pelio et Gregorio.

La malade à ce moment offrait tous les caractères d'une personne atteinte d'anémie grave : l'utérus était de volume normal.

Opération. Après narcose chloroformique, on essaya sans succès de réduire l'inversion. Alors, avec la valve de Simon, écartant la paroi vaginale, on mit à découvert l'utérus inversé, et sur le bourrelet du col en rapport avec l'orifice externe, on plaça le nœud coulant d'un tube élastique, portant une pince à pression, avec laquelle on exerça des tractions, jusqu'à amener l'organe inversé en dehors de la vulve. Celui-ci fut alors porté en haut, de manière à découvrir le cul-de-sac postérieur du vagin. Après quoi, on incisa la paroi vaginale, à un centimètre de son implantation sur le col, sur une largeur de 5 centimètres.

Cette ouverture fut élargie de manière à ouvrir largement le péritoine. Par cette brèche, on introduisit l'index de la main gauche en supination, qu'on poussa peu à peu dans l'infundibulum. On chercha alors à explorer les annexes, et on reconnut que les tissus étaient lisses et homogènes, et parfaitement sains. Avec un bistouri boutonné, guidé sur le doigt, introduit dans l'infundibulum, on incisa la paroi postérieure de l'organe, en partant de l'orifice externe jusqu'à deux centimètres du fond : on tenta la réduction, elle ne fut pas possible. On prolongea alors la fente utérine, en incisant complètement le fond : la réduction devint très facile. Après avoir écouvillonné la muqueuse avec un tampon à aigrettes, on pratiqua la suture de l'utérus avec 14 points séparés, comprenant seulement la séreuse et la couche musculaire sous-jacente, en allant du fond vers l'orifice externe.

La reposition de l'utérus dans la cavité abdominale, fut d'abord impossible, parce que l'incision du cul-de-sac vaginal était trop étroite. On fit une seconde incision verticale, sur la paroi vaginale postérieure, longue de cinq centimètres et se branchant en T sur l'incision transversale. Par cette brèche plus ample, l'utérus fut remonté sans obstacle. On sutura au catgut, l'incision verticale du vagin. Quant à l'ouverture transversale, elle fut remplie avec des lanières de gaze afin de drai-



ner — et le vagin lui-même fut rempli de manière à maintenir l'utérus en antéversion.

L'opération dura un peu plus d'une demi-heure. Elle aurait été beaucoup moins longue, si on n'eut pas perdu du temps à vouloir réduire l'utérus par une ouverture vaginale trop petite.

Aucun incident, ni chloroformique, ni opératoire, n'eut lieu : minime perte de sang.

Les suites opératoires furent nulles. Ecoulement de sérosité les 3e, 4e et 5e jours. L'opérée se leva le 15e jour.

Nous avons tenu à reproduire entières les deux observations des chirurgiens italiens, parce que les faits cliniques établissent — mieux que toute discussion — la valeur de la méthode. Comme nous, ils ont procédé par degrés, incisant le cul-de-sac postérieur, mettant le doigt dans l'infundibulum, incisant un peu le col et le corps, puis essayant de réduire. Ils n'y parviennent qu'en prolongeant l'incision sur le fond, jusqu'à son extrême limite : c'est donc lui qui oppose le dernier obstacle au retournement.

Leur procédé diffère du nôtre par plusieurs détails importants : nous n'avons pas utilisé la traction du tube élastique. Elle est inutile, et offre des inconvénients d'après Sava. On peut aisément saisir le fond avec des pinces de Museux et le fixer. — Ils ont fait, comme nous, la *colpo-hystérotomie postérieure*, à partir de l'incision vaginale ; cette section d'ailleurs, si elle est bien médiane, n'expose pas aux hémorragies. Seul Morisani a du lier une artériole.

Pour la réduction de l'inversion, nous avons procédé comme Morisani avec le pouce et les doigts, en retournant les deux *coques* ou moitiés de l'utérus.

Le temps de la reposition de l'utérus dans la cavité pelvienne nous a présenté quelques difficultés, à Sava et à nous. Nous avons, tous les deux, élargi la brèche vaginale, par une incision verticale, perpendiculaire à l'incision transversale, et la réduction est devenue facile.

Notre procédé de suture de l'utérus divisé, *diffère notablement* de celui de Morisani et de Sava. Ces deux chirurgiens l'ont fait à points séparés et à un seul plan péritonéo-musculaire. Piccoli, sans préciser, se contente d'indiquer les points séparés comme mode de suture. Or, à notre avis, il importe grandement qu'il y ait une *coaptation très exacte*, *très hermétique* de l'incision utérine.

Nous avons vu que Morisani a eu une fièvre d'infection pendant les quatre premiers jours, qui ont suivi son opération. Il ne l'a éteinte que par des injections de sublimé intra-utérines. Il est probable que la cause en a résidé, dans l'occlusion imparfaite de la muqueuse. La suture qu'il avait faite étant à un seul plan du côté musculo-péritonéal, laissait plus ou moins entr'ouverte la fente de la muqueuse.

On sait que les coaptations très *exactes* évitent mieux les infections d'origine locale dans les viscères creux ouverts.

D'autre part, si la réunion des tranches utérines est parfaite, il y a moins de risques à courir pour des malformations utérines dans les grossesses futures.

Enfin un des auteurs italiens, après l'opération, a constaté une éversion, un ectropion du col.

Aussi, pour éviter ces inconvénients, vaut-il mieux, comme dans notre opération, faire la suture de la fente utérine, *à deux plans et en deux temps*.

On fait un plan de suture profond à points continus, serrés tous les deux ou trois points, pour la *muqueuse*, avec du catgut. Puis, on fait un second plan *péritonéo-musculaire*, comprenant la plus grande épaisseur de la tranche utérine, à points séparés au catgut, très solidement noués. Quelques points superficiels intermédiaires ferment encore plus hermétiquement le péritoine.

Il vaut mieux également faire les sutures en *deux temps*. Dans un premier temps, on suture le *corps de l'utérus jusqu'à l'isthme*. Puis on réduit l'organe dans la cavité pelvienne. Le col divisé jusqu'à l'isthme se présente dans le fond du vagin. Il est alors plus facile, *dans un second temps*, d'en faire la suture en deux plans. La réfection en est ainsi *plus parfaite*. On n'a plus à craindre d'éversions ou d'ectropions consécutifs.

On ferme aussi l'incision verticale du vagin ; mais l'incision tranversale doit rester béante, afin de permettre le drainage, avec des lanières de gaze, qui, en même temps, remplissent le Douglas et le vagin, soutiennent le corps de l'utérus en bonne position.

En résumé, l'opération, indiquée pour la première fois par Piccoli de Naples et exécutée avec succès sur le vivant, deux fois, par les deux chirurgiens italiens Morisani et Sava, et une fois par nous, dote la chirurgie obstétricale et gynécologique d'une méthode *sûre* et *conservatrice*, pour la cure des *inversions utérines irréductibles*. Elle repousse loin les indications de l'hystérectomie vaginale, qui ne sera utilisée que dans quelques cas *bien rares*, ou les pertes de sang ne permettent pas une opération conservatrice.

De plus, ces trois cas cliniques montrent que l'utérus peut être ouvert verticalement dans toute sa hauteur, refermé par des sutures hermétiques, et replacé, sans danger, dans l'abdomen. L'avenir montrera bientôt, quels profits la chirurgie intra-utérine peut retirer de la *colpo-hystérotomie postérieure*.

DE L'UTILISATION DU LIGAMENT ROND

Dans l'opération d'Alquié-Alexander et la cure radicale de la hernie inguinale

Par M. Lapeyre, Chirurgien-adjoint de l'Hôpital de Tours.

L'abandon, dans une plaie opératoire, de fils perdus destinés à s'y enkyster ou s'y résorber ne va pas sans de réels inconvénients et compromet, parfois, la perfection de la réparation, surtout lorsque ces fils ont été employés nombreux pour la reconstitution de plans profonds.

Ainsi que l'ont dit M. le professeur Duplay (1) et M. Cazin : « Il n'est guère de chirurgien qui n'ait eu à constater l'accident tardif de l'élimination d'une soie abandonnée dans les tissus au cours d'une opération dans la cure radicale des hernies. »

Un article tout récent publié par M. Mencière (2), dans le *Bulletin médical*, donne à ce propos les chiffres suivants vraiment très significatifs :

« Sur 1000 cas de cure radicale, M. Delorme note 21 fois des accidents septiques dus aux fils et ne se terminant qu'après leur élimination. »

Sur 1000 cas de cure radicale pratiqués par M. A. Broca, M. Mencière relève une centaine d'accidents produits par les fils de soie. Certes ces chiffres très élevés sont infiniment moindres avec le catgut, le fait a été constaté dans le service de M. Broca après l'abandon de la soie, et c'est pour cette raison que, depuis longtemps, M. Championnière emploie exclusivement le catgut pour la réfection du trajet inguinal, et que M. Albarran déclare l'emploi de la soie défectueux en chirurgie urinaire par suite des fistules secondaires qui lui sont attribuables.

Mais, en dehors même des éliminations tardives, sous l'influence d'une infection générale passagère ou d'une infection locale jusque-là restée latente, une faute que les plus scrupuleux n'évitent pas, de temps à autre, fait parfois d'emblée des fils profonds un foyer de suppuration interminable entraînant, à sa suite, un résultat déplorable.

Il n'est donc pas étonnant que le travail de MM. Duplay et Cazin, consacré à la cure radicale des hernies sans fils perdus, ait donné lieu à toute une série de publications (3) où les auteurs s'ingénient à l'envie à résoudre un problème que l'on pourrait poser ainsi :

Supprimer les fils profonds sans, pour cela, nuire en rien à la perfection technique de l'opération.

Jusqu'ici (du moins autant que je puis croire) l'ingéniosité des chirurgiens s'est uniquement exercée sur la cure radicale des hernies inguinale et crurale. Or, il me semble que justement, dans cette intervention de technique minutieuse, la suppression des fils perdus ne va pas sans de réels inconvénients,

(1) Duplay et Cazin. — *Semaine médicale*, 1896, 11 Novembre.
(2) Mencière. — *Bulletin médical*, 1898, 20 Février.
(3) Duplay et Cazin. — *Arch. gén. de médecine*, 1897, Janvier.



et que cette suppression réaliserait, par contre, un très sûr progrès dans une opération analogue et de pratique encore fréquente, l'opération d'Alquié-Alexander.

***

Cette intervention, pendant un temps un peu abandonnée, a repris, à l'heure actuelle, une place importante dans la thérapeutique chirurgicale des rétrodéviations utérines. Nombre de chirurgiens la pratiquent couramment et je puis citer, au hasard de la plume, les noms de Pozzi, Segond, Delbet, Doyen, Delagenière (du Mans), etc.

Or, l'opération comporte une technique qui rappelle de très près celle de la cure radicale de la hernie inguinale. De même que, pour disséquer très haut le sac, il est nécessaire de fendre la paroi antérieure du canal inguinal, de même, dans la recherche du ligament rond, il importe, pour trouver sûrement le ligament rond résistant et non dissocié, de le chercher dans le trajet même, pour ensuite l'attirer dans la plus grande longueur possible.

L'incision haute comporte du reste encore un autre avantage, celui d'éloigner la plaie de la région vulvaire, ce qui rend plus facile sa protection par la pansement (1).

Ainsi, comme dans la cure radicale, la réfection de la paroi antérieure du trajet est nécessaire, un seul temps de l'opération manque, la fermeture du péritoine ; encore une déchirure de la séreuse peut-elle se produire et exiger une semblable oblitération (2).

Par conséquent, des fils perdus sont laissés dans les plans profonds, et l'emploi de la technique suivante, inspirée de celle décrite dans la cure herniaire par M. J.-L. Faure (3), constituerait, à mon sens, à la fois une simplification et un progrès, par la suppression complète de tout fil profond et de tout accident éventuel d'infection secondaire. Le principe est d'utiliser le ligament rond lui-même, pour la réfection du trajet inguinal et sa propre fixation après raccourcissements ; de faire, en un mot, l'opération typique sans utiliser d'autres fils que les crins réunissant la plaie cutanée.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE. — *Procédé à deux incisions.* — C'est le procédé employé par la grande majorité des chirurgiens qui considèrent que l'incision double ménage mieux la paroi. Chacun des ligaments ronds est successivement recherché à travers une incision cutanée suivant le trajet inguinal et découvrant son orifice artificiel.

Suivant la technique habituelle, l'anneau inguinal est mis à découvert ; deux pinces de Championnière, introduites dans l'anneau, repèrent et soulèvent la paroi antérieure du trajet qui est incisée entre elles.

Le ligament rond est cherché vers la partie profonde du canal, dénudé et soulevé, puis attiré, dans toute sa longueur, jusqu'à ce qu'il se tende.

La sonde introduite dans l'utérus traduit le résultat exercé par la traction.

Détaché d'un coup de ciseau de son insertion au pubis, le ligament rond est fendu en deux suivant sa longueur dans une étendue de 6 ou 7 centimètres.

Un nœud simple des deux chefs est alors fait pour arrêter la tendance du ligament à se diviser plus loin, puis chaque moitié du ligament rond est passée et repassée successivement dans chaque berge du canal inguinal « à la façon d'un lacet de bottines », suivant l'heureuse expression qui, d'un mot, fait comprendre le mode de réfection de la paroi qu'a réalisé, par l'emploi du sac longitudinalement fendu, M. J.-L. Faure.

Arrivés à l'extrémité des piliers, les deux chefs sont noués l'un avec l'autre, un nœud double ou triple qu'un crin de Florence cutané peut encore contribuer à fixer, assure, en même temps, et le rapprochement des parois et la fixation du ligament rond, dont la portion restante est réséquée.

N'ayant pas encore trouvé (4) l'occasion d'essayer ce procédé sur le vivant, je l'ai, à plusieurs reprises, répété sur le cadavre et il me paraît qu'il doit être toujours possible.

D'autre part, la traction efficace du ligament rond donne toujours une longueur suffisante pour exécuter le lacet nécessaire, qui, du reste, peut être plus ou moins écarté.

D'autre part, d'après les chiffres fournis par tous les auteurs sur le diamètre et la résistance du ligament rond, d'après ce que j'ai toujours vu moi-même, la division longitudinale du ligament rond donne « deux lacets », de solidité très suffisante.

Je ferai remarquer, du reste, que Carpentes « dans son procédé d'ancrage des ligaments », réalise cette division, et qu'enfin il est de notion classique que, dans les rétrodéviations, comme dans la grossesse, il y a hypertrophie du ligament rond.

La portion utilisée du ligament est justement encore la plus résistante, c'est-à-dire la portion inguinale profonde, dans laquelle le maximum de volume se trouve atteinte.

En décrivant d'abord une technique reposant sur la division longitudinale du ligament rond, j'ai surtout été séduit par l'élégance du dispositif exécuté par M. J.-L. Faure ; mais il est bien certain que cette division n'est pas ici nécessaire et serait même contre-indiquée, si le diamètre du cordon tout entier empêchait d'espérer qu'après division chaque chef eût une solidité suffisante. Rien de plus simple, en effet, que d'exécuter avec le ligament rond tout entier un surjet ordinaire arrêté par l'un des procédés habituels au niveau de l'anneau cutané.

Procédé à une seule incision. — Si l'on préfère, à la façon de Duret ou de Casati, découvrir par une seule incision courbe à concavité supérieure les deux ligaments, chacun d'eux sera utilisé à faire le surjet de la paroi inguinale, puis, à la façon de Duret, les deux cordons seront noués l'un à l'autre par un double ou triple nœud que les crins cutanés assureront.

***

Dans une telle intervention, le bénéfice de la suppression de tout fil perdu me paraît certain, car il s'agit d'avoir, à coup sûr, un résultat parfait, et d'éviter à tout prix l'affaiblissement ou la destruction de la paroi.

L'emploi unique de crins de Florence pour la suture cutanée diminue considérablement les chances d'infection qui, si minimes qu'elles soient, sont encore possibles ; et l'utilisation du ligament rond qui permet ce résultat assure cependant à la technique opératoire toute sa perfection, d'où, à mon sens, un progrès réel.

En est-il de même dans les procédés, pourtant si ingénieux, proposés pour l'exécution de la cure radicale, sans fils. Je ne crains pas de dire non, au moins de la plupart, car ils sacrifient la perfection technique nécessaire à l'obtention d'un résultat durable, pour le bénéfice réel, mais dont, après tout, il ne faut pas exagérer l'importance, de supprimer les fils profonds.

Exécuter sans fils, mais imparfaitement, la cure radicale, ne peut être considéré comme un progrès. Or, MM. Duplay et Cazin, à qui appartient l'idée première de faire servir le sac à sa propre oblitération, et, au besoin, à la confection d'un Bassini, ont, en fait, abandonné dans leur pratique opératoire la réfection du trajet inguinal.

Ils se contentent « de deux ou trois fils d'argent profonds comprenant les piliers et de quatre ou cinq autres comprenant toutes les parties molles que l'on pourra ramener au-devant de l'anneau inguinal ». Ils oblitèrent, en un mot, l'anneau superficiel, mais ne s'occupent point de refaire le canal, alors que, pourtant, ainsi que l'a si bien démontré M. L. Championnière, il n'y a pas de cure radicale vraie sans reconstitution du trajet.

M. Defontaine, qui place sur le collet du sac deux fils amovibles, n'assure point non plus la réparation des plans profonds.

Seul, le procédé imaginé et exécuté par M. J.-L. Faure conserve à l'opération sa technique régulière et utilise le sac longitudinalement fendu, d'abord à sa propre fermeture, puis à la réfection « en lacets de bottines » de la paroi antérieure du canal.

(1) DUPLAY, CAZIN, JONNESCO. — Congrès de Moscou, 1897.
(2) DEFONTAINE. — *Arch. provinciales de Chirurgie*, 1897, Février.
(3) J.-L. FAURE. — Congrès de Chirurgie, 1897, Octobre, *La Presse Médicale*, 1898, 26 Janvier.
(4) Depuis que cet article a été écrit, j'ai eu, à plusieurs reprises, l'occasion d'exécuter l'opération d'Alexander sans fils perdus. Les résultats immédiats ont toujours été excellents ; un cas datant de trois mois permet de juger de l'efficacité définitive de l'intervention.

(1) CAZIN et DUPLAY. — *Loco citato.*
(2) J.-L. FAURE. — *La Presse Médicale*, 1898, Janvier.



Pour que l'exécution en soit possible, il faut cependant, ainsi que le dit M. Faure lui-même, « que le sac ait un certain développement dans une hernie de grand ou de moyen volume ». Il faut aussi un sac « assez résistant » et pour cela « conserver la couche fibreuse qui le double si souvent ».

Ainsi le procédé n'est pas absolument général. De plus, il est permis de se demander si le maintien du sac, en regard même du trajet inguinal, assure aussi bien la guérison radicale que son ascension dans l'abdomen. Si je me permets ces réserves vis-à-vis d'un procédé que je trouve si remarquable d'ingéniosité, c'est pour avoir le plaisir de signaler en même temps la valeur *absolue* qu'il me paraît prendre dans la cure radicale de la hernie inguinale de la Femme par l'utilisation du ligament rond.

Deux conditions modifient ici, en effet, dans un sens favorable, la valeur de l'opération :

1° D'une part, la possibilité d'oblitérer complètement le trajet inguinal enlève toute importance à la non ascension du sac;

2° D'autre part, le ligament rond, qui double une des parois du sac et se confond avec lui, doit rendre toujours réalisable le procédé de M. Faure. Il donne au sac la résistance qui souvent lui manquerait, et, alors même qu'il s'agirait d'une hernie, l'isolement dans une étendue suffisante du ligament rond permettra toujours, non seulement l'oblitération sans fils du sac, mais aussi la reconstitution du canal inguinal.

Conclusion. — Au résumé, j'estime :

1° Que dans l'opération d'Alquié-Alexander, l'utilisation du ligament rond à la réfection du trajet inguinal assure à l'intervention une technique parfaite et supprime l'inconvénient réel qui résulte de l'abandon de fils profonds ;

2° Que dans la hernie inguinale de la Femme, l'emploi de ce même ligament rond fait de la cure radicale sans fils, suivant la technique qu'a préconisée M. J.-L. Faure, un procédé d'une perfection aussi grande que le procédé classique et d'une sécurité plus absolue.

(*Presse médicale*, 21 sept. 1898.)

REVUE FRANÇAISE

A. Charrin. — TRANSMISSION DES TOXINES DU FŒTUS A LA MÈRE (1).

(*Ann. de gynécol. et d'obstétrique*, septembre 1898).

On sait avec quelle facilité de nombreux principes passent de la mère au fœtus au travers du placenta. On sait que, parfois, divers éléments suivent le chemin inverse, se rendant des plasmas de ce fœtus aux tissus maternels (2).

Les toxines peuvent-elles effectuer ce trajet du rejeton à ces tissus maternels ? La nature de ces toxines, la structure des membranes animales, les difficultés possibles de la dialyse, etc., n'autorisent pas à formuler une réponse *a priori*.

J'ai soumis le problème à l'expérimentation.

Expérience I. — Le 18 avril 1898, on pratique la laparotomie chez une Lapine pleine à une période avancée de la gestation. On distingue nettement tant les fœtus que la situation des différents délivres : de cette façon, il est aisé d'injecter aux petits lapins des principes microbiens, sans piquer ces délivres : on introduit ainsi 1 c.c. de toxine diphtérique, dose répartie entre quatre de ces petits.

Le 20, la lapine avorte ; le 22, elle succombe.

L'autopsie permet de constater l'absence de péritonite, en même temps qu'une congestion intense des capsules surrénales.

Sur sept expériences analogues, j'ai obtenu quatre fois des résultats de cet ordre, autrement dit quatre fois la toxine franchissant le placenta a intoxiqué la génératrice ; deux femelles ont succombé à des accidents de péritonite : une a survécu sans être vaccinée.

J'ai tenté de réaliser cette vaccination en injectant les produits solubles du bacille de Löffler ou ceux du germe de Nicolaïer dans les tissus des fœtus. Or, malgré l'emploi de doses minimes mélangées à l'iode, j'ai constamment échoué : les Animaux sont morts promptement. D'ailleurs, la fréquence des avortements s'oppose habituellement à la répétition de ces injections progressives.

J'ai pensé vaincre la difficulté en utilisant une toxine qui d'emblée peut être introduite, sans de graves inconvénients, dans des proportions plus importantes.

Expérience II. — Le 4 mai, on pratique aseptiquement la laparatomie chez une lapine pleine : on injecte 3 c. c. de toxine pyocyanique en répartissant cette proportion entre cinq fœtus ; cette Lapine survit, mais elle avorte au bout de cinq jours ; les petits ne vivent que quelques heures.

Le 17 mai, on l'inocule par voie vasculaire ; on introduit dans la veine marginale de l'oreille une culture active du pus bleu à la dose de 1 c. c. ; deux Animaux témoins sont soumis à une inoculation identique ; le premier meurt le 20 ; le second, le 23 : la femelle qui a reçu au préalable la toxine résiste jusqu'au 29 mai.

Une expérience semblable a fourni des résultats comparables même plus marqués, en ce sens que la Lapine préparée a vécu vingt-trois jours de plus que les témoins morts en cinquante-sept et soixante-douze heures.

Sur onze tentatives, trois seulement ont fourni des résultats positifs, autorisant à penser qu'il est possible d'augmenter dans des proportions variables la résistance d'une femelle pleine à un Microbe déterminé, en introduisant les toxines immunisantes dans les tissus de fœtus placés dans l'utérus.

Ces diverses expériences démontrent que des virus ou plutôt des toxines déposés chez ces fœtus, soit directement, artificiellement, soit par la cellule du générateur, possibilité établie par l'histoire de la syphilis, peuvent être transmis à la génératrice.

Quand, en raison des difficultés de la dialyse placentaire, cette génératrice reçoit de faibles doses ou simplement certaines parties des sécrétions bactériennes, celles qui, par exemple, font naître l'état réfractaire, seul cet état réfractaire, au lieu des accidents possibles, se manifestera sans trouble morbide apparent ; ce sont des faits de cet ordre qui ont conduit à la loi de Colles qui enseigne qu'un enfant syphilitique ne peut infecter sa mère.

Différentes considérations se dégagent encore de l'examen de ces résultats assez suggestifs.

C'est ainsi que les principes microbiens qui passent des plasmas des rejetons dans ceux de la mère, provoquent dans ces deux Organismes (si la survie est suffisante, surtout pour ces rejetons) le développement de l'immunité, autrement dit le développement d'attributs cellulaires spéciaux, tels que fabrication de corps bactéricides ou antitoxiques, activités phagocytaires, etc. Or, d'un autre côté, l'observation, en syphiligraphie, par exemple, apprend que ces rejetons peuvent tenir ces principes microbiens, du générateur qui leur a transmis le virus, formateur de ces principes ; c'est dire, que, chez ce générateur, ces principes vaccinants ont pu faire apparaître ces attributs cellulaires spéciaux : phagocytose énergique ou production de substances nuisibles aux agents pathogènes ou à leurs toxines.

En définitive, cet enchaînement établit que la génératrice reçoit par l'intermédiaire des fœtus des éléments qui impriment aux tissus maternels des propriétés que ces éléments ont fait naître en premier lieu chez le générateur, en second lieu chez les descendants ; grâce à cet intermédiaire intra-utérin, ces tissus maternels possèdent des caractères identiques à ceux que possèdent ces mêmes tissus chez le père.

Mais, à son tour, l'économie de la génératrice transmet aux rejetons les attributs en sa possession : le générateur peut disparaître sans que les caractères qui procèdent de son milieu s'effacent. Vienne alors un nouveau générateur, une nouvelle fécondation chez la même mère, le nouveau produit, par hasard, pourra précisément hériter des qualités que cette mère tenait de l'ancien de ces deux générateurs. Ainsi s'expliquent peut-être ces bizarreries de l'hérédité, désignées sous le nom de phénomènes de télégonie.

H. Morestin. — UTÉRUS DOUBLE ET VAGIN CLOISONNÉ. (*Annales de gyn. et d'obst.*, sept. 1898).

L'utérus et le vagin résultent de la fusion des deux canaux de Muller. Ce sont des organes primitivement doubles. Ce mode de développement fournit une explication très aisée et très simple de tout un groupe d'anomalies.

Si la réunion des conduits de Muller s'effectue d'une manière imparfaite, il subsistera un cloisonnement longitudinal qui divisera plus ou moins complètement l'utérus ou le vagin. Il peut même arriver que la séparation soit complète entre les deux moitiés de l'appareil utéro-vaginal, et qu'il existe deux utérus distincts, auxquels aboutissent deux vagins juxtaposés. C'est cette disposition, très rare sous une forme aussi complète, que je viens d'observer.

On peut voir (sur la figure qui accompagne le travail), la reproduction exacte d'une pièce recueillie récemment à l'hôpital Necker. Elle provient d'une malade entrée le 10 mai 1898, salle Lenoir 24, pour des accidents péritonéaux, dont nous avons pu établir l'origine pelvienne. Au bout de quelques jours nous n'avions plus de doute sur l'existence d'une collection péritonéale. Celle-ci sié-

(1) Communication à l'Académie des sciences.
(2) Voir les récents travaux de LANNOIS et BRIAU. *Lyon médical*, 1898.



geant dans la région sous-ombilicale, je donnai issue au pus par la laparotomie.

L'incision sus-pubienne, pratiquée le 20 mai, donna issue à deux litres aux moins d'un pus très fétide. Le foyer de cette collection fut lavé avec soin et drainé. L'exploration de cette poche ne permit pas de sentir avec netteté ni l'utérus ni les annexes, qui paraissaient comme voilés par les adhérences et les fausses membranes.

Une amélioration considérable suivit l'intervention, mais au 3e jour la température, qui était descendue à la normale, s'éleva de nouveau. En quelques heures la situation changea complètement, le pouls baissa, des vomissements survinrent et la malade succomba le 24.

A l'*autopsie* on trouva des lésions de péritonite généralisée, comme nous les supposions d'après les phénomènes observés pendant les dernières vingt-quatre heures. La dissection de l'appareil génital fut faite avec soin, car pendant la vie, on avait reconnu l'existence d'un vagin double. Nous avons constaté qu'il existait une duplicité complète de la matrice.

Les deux utérus présentaient des cavités complètement distinctes et ils adhéraient seulement entre eux par une partie de leurs cols. A chacun de ces utérus aboutissait un vagin particulier. Les deux vagins, rigoureusement semblables, étaient juxtaposés comme les canons d'un fusil double. La cloison de séparation descendait jusqu'à la vulve, et se terminait là au-dessus des débris de l'hymen par une sorte d'éperon. Au fond de chacun des vagins faisait saillie le col de l'utérus correspondant, petit col légèrement aplati d'avant en arrière et pourvu d'un orifice en forme de fente transversale. Chaque utérus présentait dans son ensemble la forme d'un croissant. Le corps et le col étaient séparés par un isthme fort rétréci, au-dessous duquel les deux cols adhéraient l'un à l'autre par leur portion sus-vaginale. Les deux corps, de forme arrondie, étaient reliés par une mince membrane péritonéale allant de l'un à l'autre dans la moitié de leur hauteur. Chacun de ces utérus présentait une cavité en sablier, formée de deux parties fusiformes, l'une occupant le corps, l'autre le col. A chaque utérus étaient appendus un ovaire et une trompe. Les deux trompes étaient le siège de salpingites déjà anciennes, qui les avaient déformées et distendues. Celle de gauche était oblitérée au niveau de son extrémité libre. Celle de droite, très adhérente, contenait du pus, et communiquait avec le foyer de péritonite qui avait été ouvert lors de l'opération. Elle avait été visiblement le point de départ de la péritonite.

De pareilles malformations utérines ne s'opposent pas absolument à la conception et à la grossesse. Cette femme avait été mariée, et n'avait jamais eu ni grossesse, ni fausse couche. D'ailleurs elle paraissait ignorer sa difformité.

A propos de ce cas, j'en citerai encore un autre où la division ne portait que sur le corps utérin. Il y avait un seul vagin, un seul col, mais le corps était double. C'était une simple trouvaille d'autopsie, la malade ayant succombé à une affection n'ayant aucun rapport avec l'appareil utérin.

R. Labusquière. — OPÉRATION CÉSARIENNE ET GONORRÉE. (1) (*Ann. de gynécologie et d'obst.*, sept. 1898).

Dans leur mémoire « *Sur cent opérations césariennes* », Léopold et Haake écrivent, à propos des conditions requises pour l'exécution de la césarienne conservatrice : « Surtout, on ne saurait assez vivement recommander de s'abstenir de l'opération césarienne conservatrice toutes les fois qu'il existe une infection gonorréique aiguë ou latente. Cette infection exerce sur les suites de couches une influence si défavorable qu'il y a devoir impérieux à s'efforcer d'établir si, oui ou non, elle existe (examen non seulement des sécrétions uréthro-vaginales mais également du col). Dans le cas d'examen positif, mieux vaut procéder à l'opération de Porro et même, dans certains cas, à la perforation » (2). Et, à l'appui de cette proposition, dans le même numéro du journal où les auteurs précédents ont publié leur travail, Hecking, ex-médecin assistant à la clinique de Dresde, service du professeur Léopold, publie l'observation suivante que nous reproduisons à cause de sa rareté.

OBS. — M...., 23 ans, entre à l'hôpital le 12 octobre 1897, dans la soirée. Elle a des douleurs depuis 1 heure de l'après-midi, poche des eaux conservée. 2 accouchements antérieurs : le premier, 1er juin 1893, perforation de l'enfant vivant après tentatives infructueuses de version, poids de l'enfant 2,200 gr., sans la matière cérébrale et le sang ; second accouchement, le 7 novembre 1894, version et extraction d'un enfant vivant du poids de 2,820 grammes, mais qui mourut après quelques heures. Grossesse actuelle : dernières règles, commencement de janvier, donc à terme. Examen : taille 1 mètre 57, squelette et musculature d'un développement médiocre. Incurvation rachitique des fémurs ; chapelet costal rachitique, etc., etc. *Bassin* : Diam. des épines 21 centim., des crêtes 22 centim. et demi, bitrochantérien 28 cent. et demi ; conj. externe 16, conj. diagonal 9, conj. vrai 7.

Bassin plat rachitique, généralement rétréci. Orifice vaginal et vagin larges. Col effacé. La poche des eaux bombe fortement. Tête fœtale au détroit supérieur, un peu à gauche, mobile.

13 octobre, 1 h. 20. L'après-midi, lavage du vagin. La poche des eaux se rupture et il s'écoule une assez grande quantité de liquide amniotique clair. Orifice externe complètement dilaté. Un segment de la tête fœtale paraît s'engager, la grande fontanelle est à l'entrée du détroit supérieur. Comme la tête n'est pas trop grosse, on essaie d'obtenir son engagement en utilisant la position de Walcher. Dans ce décubitus particulier, on trouve 9 centim. et demi pour le conj. diagonal au lieu de 9. Surveillance minutieuse des battements du cœur fœtal.

A 4 heures du matin, cessation du décubitus de Walcher qui n'a pas amené le résultat désiré. 4 h. 30, anneau de contraction accentué, deux à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic. 5 heures et 5 h. 30, doubles battements fœtaux réguliers, 140 par minute. 5 h. 45, tête mobile, anneau de contraction, trois travers de doigt au-dessous du nombril.

Utérus contracté tétaniquement, douloureux à la pression. Bruits du cœur réguliers. 7 h. 25 : Tête fœtale, fortement pressée à l'entrée du bassin pendant les contractions, suture sagittale transversale, plus rapprochée de la symphyse que du promontoire, grosse fontanelle à droite. Présentation du pariétal postérieur, doubles battements fœtaux réguliers. En raison des conditions existantes, — bassin très étroit, non engagement de la tête malgré des douleurs énergiques et l'essai, pendant 2 heures et demie, de la position de Walcher, présentation du pariétal postérieur, et invraisemblance d'un accouchement spontané, — on pratique la césarienne conservatrice. Enfant long de 52 centim., du poids de 3,320 grammes, en état d'asphyxie, mais qu'on réussit à bien ranimer.

Suites de couches. — 14 octobre. État général bon. Pouls régulier et fort. T le soir. 38°.

Le 15. Sommeil bon, pas de malaises subjectifs.

Le 16. Quelques flatuosités peu douloureuses. A la pression, légère sensibilité du ventre à droite et à gauche. Coloration jaune du visage. Le soir, soif. T. jusqu'à 39°,2, application de glace sur le ventre.

Le 17. P. bon et fort. Élévation thermique. Pas de douleur, pas de météorisme. Utérus bien contracté, le fond à une largeur de main au-dessus de la symphyse. Appétit bon.

Le 18. Les lochies jusqu'alors normales dégagent un peu de fétidité. Le ventre, au-dessous de l'ombilic, est un peu météorisé ; état général bon. Le soir, T. 38°,9. P. 144. Vessie de glace.

Le 19. Météorisme sous-ombilical disparu. Sensibilité abdominale à la pression à droite et à gauche ; état subjectif bon.

Le 20. Enlèvement des sutures superficielles de la paroi abdominale ; dans le tiers inférieur de l'incision, on constate de la suppuration dans le trajet des fils. Pansement avec emplâtre au dermatol. Vessie de glace. Les petites lèvres sont fortement œdémateuses, les lochies très fétides.

Le 21. En changeant le pansement, on enlève quelques sutures profondes. Appétit, état général bon, pas de douleurs.

Le 22. Les pièces du pansement sont imprégnées de pus verdâtre. En palpant soigneusement l'utérus, on constate qu'il est intimement uni à la paroi abdominale. D'autre part, en pressant prudemment sur le fond et sur les côtés de la matrice, on fait s'écouler du pus par la plaie, au-dessus de l'ombilic. Un drain est placé à ce niveau et la plaie réunie. Le ventre est un peu sensible à la pression, les lochies sont très fétides. Sur une préparation faite avec de la matière sécrétée au niveau de la plaie abdominale, on voit de nombreux Staphylocoques, des Bactéries de la putréfaction et des *Diplocoques extra et intra-cellulaires* qui, par leur mode de groupement, éveillent immédiatement l'idée que ce sont des *Gonocoques*. De même, dans la sécrétion vaginale et uréthrale on trouve en grand nombre des Cocci, Diplocoques, Bacilles courts, bâtonnets. Un nouvel examen du pus de la plaie abdominale, fait le 24 octobre, donna des corpuscules de pus, des filaments de fibrine, des Diplocoques et des Cocci.

Le 25. L'examen microscopique actuel confirme formellement l'idée de la *présence dans la sécrétion de la plaie abdominale* de Staphylocoques et de *Gonocoques* (décoloration par la méthode de Gram). Un examen du 2 novembre donna un résultat identique. Pus de l'abcès : *Gonocoques* ; sécrétion de l'urèthre, Streptocoques et *Gonocoques*.

Le 26. Renouvellement du pansement. Suppuration diminuée. La région de la plaie abdominale est moins saillante. On place encore un tube à drainage dans l'ouverture supérieure. Etat de la Femme le même : la coloration de la face est encore un peu jaunâtre. Appétit passable, langue peu chargée, pas de soif.

Le 27. Pas de changement dans l'état général, pas de douleurs. Les pièces du pansement sont un peu imprégnées de pus.

(1) HECKING. *Arch. f. Gyn.*, 1898, Bd LVI, Heft, 1. p. 129.
(2) *Annales de gyn. et d'obst.*, juin 1898, p. 469.

Le 28. Renouvellement du pansement. Les pièces du pansement sont peu imprégnées ; la pression fait sourdre de l'utérus une assez grande quantité de liquide suppuré. Pouls petit et mou.

Le 29. Coloration du visage moins jaune, appétit moyen. 30 octobre. Imprégnation faible du pansement. 2 novembre. Sécrétion très faible. 4 novembre. Nouveau bandage. Sécrétion faible. Ventre souple. Fond de l'utérus à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Le ventre n'est plus sensible à la pression. Plus de germes pathogènes dans la sécrétion de la plaie abdominale.

6 novembre. Renouvellement du pansement. Raccourcissement du tube à drainage. Sécrétion faible.

Le 11. Les pièces du pansement sont de nouveau fortement traversées par les sécrétions. Environ 2 centim. au-dessous de l'ombilic, les bords de la plaie abdominale sont désunis et la pression de l'utérus fait écouler une petite quantité de pus. Le canal s'étend sous la peau vers l'orifice supérieur au-dessous de l'ombilic. Le ventre n'est pas sensible à la pression.

Le 20. La malade quitte le lit ; le 25 novembre, *exeat*. Coloration encore un peu jaunâtre. Etat général et appétit bons. Utérus adhérent à la paroi abdominale. De l'orifice du trajet suppuré antérieur s'écoule de temps en temps une minime quantité de matière suppurée. Les bords de la plaie sont le siège d'un processus de granulation de bonne nature avec tendance nette vers la guérison.

Ainsi, indépendamment des circonstances multiples (infection directe ou indirecte, hémorragies secondaires, iléus, paralysie intestinale, thromboses des veines pelviennes et des membres inférieurs, etc.), qui peuvent compromettre les résultats de l'opération césarienne, il faut maintenant compter avec l'influence néfaste sur les suites opératoires d'une gonorrée existante. L'auteur pense que la marche du processus a dû être la suivante : outre l'uréthrite et la vaginite blennorragique, il devait y avoir cervicite catarrhale gonorréique, sinon endométrite gonorréique ancienne, endométrite arrêtée par la grossesse. Après l'accouchement, la caduque étant libre, les Gonocoques durent reprendre leur activité sur la muqueuse cruentée ; puis, à travers les trajets des sutures, ils auraient gagné la plaie abdominale, produisant à ce niveau un foyer inflammatoire qui, à son tour, suivant les trajets des sutures de la paroi abdominale, aurait abouti à la formation de l'abcès de cette paroi.

P. Lecène. — LE DIAGNOSTIC DE LA BLENNORRAGIE CHEZ LA FEMME (1). (*Ann. de gyn. et d'obst.*, sept. 1898.)

En 1889, parut un travail de Sänger sur ce sujet, travail dans lequel cet auteur insistait surtout sur le diagnostic clinique pur, laissant au second plan le diagnostic bactériologique. Quelques années plus tard (1893), Brœse dans un article sur le même sujet se prononçait encore plus que Sänger en faveur de la clinique et montrait toute l'insuffisance de la seule bactériologie.

Peu après, Neisser fit une réponse à cet article de Brœse (1893), dans laquelle il déclarait que « seule la présence bactériologiquement constatée du Gonocoque pouvait donner une certitude clinique et que celui qui ne l'employait pas commettait une faute grave ».

Aujourd'hui, Brœse et Schiller, ayant examiné 271 cas d'une façon complète, publient les résultats auxquels ils sont arrivés. Et par « d'une façon complète », ils entendent l'examen sérieux de plusieurs préparations faites avec les différentes sécrétions prises dans l'urèthre, dans les lacunes de Skene, les glandes de Bartholin, le vagin, le col, préparations qui doivent être multipliées jusqu'à 5 et 6 pour arriver à pouvoir tirer des conclusions d'un examen négatif.

Les auteurs ne se sont pas servis de la méthode des cultures pour leur diagnostic : cette méthode est en effet bien peu pratique et d'ailleurs dans les cas difficiles (blennorragie chronique) elle ne donne pas de meilleurs résultats que les examens de lamelles.

Les auteurs insistent sur la façon de recueillir les sécrétions ; pour l'urèthre, ils recueillaient la sécrétion, après avoir soigneusement essuyé les grandes lèvres et l'orifice externe de l'urèthre avec un tampon bien sec ; on introduisait un doigt dans le vagin et en comprimant l'urèthre depuis l'orifice interne jusqu'à l'orifice externe, on arrivait ainsi à obtenir suffisamment de liquide pour l'examen (la Femme devait ne pas avoir uriné depuis trois ou quatre heures). Pour le vagin, ils se servaient d'un spéculum en verre et recueillaient les sécrétions avec l'aiguille de platine sans toucher au spéculum et en choisissant les endroits où ce dernier n'avait pas encore touché. De même on arrivait facilement à recueillir les sécrétions du col.

Les préparations faites avec les liquides ainsi recueillis étaient colorées par différents procédés : après en avoir essayé beaucoup, ils s'arrêtèrent presque définitivement à celui de Pick-Jacobson, dont la formule est :

Eau distillée	20 c.c. m.
Ziehl	15 gouttes.
Solut. alcool. de bleu de méthylène	8 gouttes.

On colore dix secondes avec ce mélange, on lave largement à l'eau ; les Gonocoques sont en bleu foncé, les autres Bactéries bleues, les noyaux cellulaires en bleu très clair, le plasma, le mucus et les épithéliums roses. Cette méthode se recommande par sa simplicité et sa grande sûreté. Ils ont peu employé le Gram qui dans les cas de blennorragie chronique, où il n'y a que très peu de Gonocoques, ne donne pas de résultats sûrs.

Maintenant, quels résultats donnèrent l'examen de ces préparations ainsi faites ?

Dans les cas de blennorragie aiguë, on trouve beaucoup de cellules du pus et nombre de gros Gonocoques en culture pure, intra-cellulaires et par petits tas. Comme meilleur moyen de diagnostic les auteurs conseillent surtout l'examen à la Pick-Jacobson, où les Gonocoques seuls sont bleus très foncés, les autres microbes étant infiniment plus pâles. Dans les cas de blennorragie chronique il y a peu de globules du pus, peu ou pas de Gonocoques et beaucoup d'épithélium. L'aspect des sécrétions, est dans tous ces cas, très variable, même d'un jour à l'autre, sans traitement ou changement de régime, de même les Gonocoques, absents la veille, seront décelés le lendemain sans raison apparente.

De ces examens, Brœse et Schiller concluent que pour la *blennorragie aiguë* chez la Femme :

a) On trouve toujours des Gonocoques, mais cette preuve bactériologique est inutile pour le diagnostic : en effet, le grand symptôme de la blennorragie chez la Femme, l'uréthrite, est dans l'immense majorité des cas gonococcique. Les cas très rares d'uréthrite non gonococcique seront toujours reconnus à leur rapide disparition.

b) Le diagnostic de blennorragie sera encore facilité par la combinaison de l'uréthrite avec d'autres affections des organes génitaux telles que : uréthrite et vulvite, uréthrite et métrite du col, uréthrite et vaginite, uréthrite, métrite du col et annexite. En effet, après l'urèthre, le siège le plus constant de la blennorragie chez la Femme, est le col utérin ; en effet, sur 35 cas examinés, dans 32, le col était atteint en même temps que l'urèthre, c'est-à-dire dans 9 p. 100 des cas ; d'ailleurs Brœse et Schiller sont absolument de l'avis de Neisser sur ce fait, qu'il existe un certain nombre de blennorragies aiguës chez la Femme où le col n'est pas touché, et qui sont d'ailleurs d'un meilleur pronostic que les autres avec métrite du col. Quant à la fréquence des affections annexielles dans la blennorragie aiguë, ils l'ont trouvée, de 50 p. 100 environ (15 fois sur 32 cas), mais ils n'osent pas considérer ce chiffre comme absolument vrai, et le croiraient plutôt un peu faible ; néanmoins, tel quel, il prouve la fréquence et la gravité de l'infection blennorragique ascendante chez la Femme.

c) Enfin il ne peut guère y avoir de doutes, pour le diagnostic purement clinique, que dans les cas où seul le col est atteint, c'est alors qu'un examen bactériologique tranchera la difficulté.

Donc, en résumé, pour le diagnostic de la blennorragie aiguë, pas de doutes, la clinique seule suffit dans l'immense majorité des cas.

Malheureusement, il n'en est pas de même pour la blennorragie devenue chronique et c'est là que les difficultés deviennent considérables.

Le gros symptôme de la blennorragie féminine chronique c'est le catarrhe ; que ce catarrhe siège sur la muqueuse des conduits excréteurs des glandes de Bartholin, sur celle des lacunes de Skene à côté de l'urèthre, sur celles du vagin, de l'utérus ou des trompes. La grosse difficulté n'est pas de reconnaître ces catarrhes, mais de savoir s'ils sont de nature gonococcique. Sur 210 cas, dans lesquels, d'après l'ensemble des symptômes cliniques, il y avait nettement infection blennorrhagique chronique, Schiller et Brœse n'ont trouvé des Gonocoques que 48 fois, malgré des examens très soigneux et très répétés. C'est cette absence de Gonocoques dans nombre de cas de catarrhes de muqueuses génitales de femmes injectées de blennorrhagie chronique qui fit décrire à Sänger sa « Residualgonorrhœ » et à Neisser ses catarrhes post-gonorrhéiques. D'ailleurs on sait déjà que, dans le pus des pyosalpinx, on trouve très rarement des Gonocoques (Sänger, Wassermann).

Mais il peut se faire, et c'est même là un fait aujourd'hui établi, que les Gonocoques disparaissent des sécrétions et persistent néanmoins dans les tissus. C'est même ce fait qui amena Neisser à inventer sa méthode de l'irritation par le nitrate d'argent des muqueuses suspectes, pour y trouver le Gonocoque. Du reste, c'est un fait clinique déjà anciennement connu, que les fortes excitations physiologiques des muqueuses génitales de la Femme (grossesse, accouchement) font renaître les catarrhes presque éteints et en augmentent la virulence. Et à propos de ces cas de catarrhes chroniques sans Gonocoques décelables, se pose la si importante question de la virulence de pareilles sécrétions. Pour expliquer ces cas

(1) Zur Diagnose der Weiblichen Gonorrhoe, par BRŒSE et SCHILLER. *Berlin. kl. Wochenschrift*, 1898, nos 26, 27, 28, 29.



vraiment extraordinaires, de blennorragies aiguës chez un des conjoints, sans aucune manifestation blennorragique chez l'autre, Schiller et Brœse en arrivent à admettre une véritable prédisposition à la blennorragie chez certains sujets, chez d'autres au contraire une véritable immunité. En tous cas, malgré cette apparence d'explication, cette question de la contagion de la blennorragie reste une des plus obscures de la pathologie génitale.

Dans la blennorragie chronique de la Femme, c'est encore l'urèthre le plus souvent infecté (185 cas d'uréthrite chronique sur 210 examinés) ; et sur ces 185 cas, 35 fois seulement des Gonocoques. Le catarrhe cervical avec annexite existait dans 23 cas sans uréthrite concomitante. Et de ces 23 cas, dans 1 seul le Gonocoque put être décelé dans la sécrétion cervicale.

Dans une autre série de 26 cas, où le catarrhe cervical était le seul symptôme de blennorragie chronique, 2 fois seulement on trouva des Gonocoques.

La vue seule de ces quelques chiffres prouve la difficulté et l'inconstance de la recherche des Gonocoques dans la blennorragie chronique de la Femme.

Aussi peut-on conclure avec Brœse et Schiller que :

La thèse de Neisser : « Dans tous les cas de blennorragie chronique chez la Femme, l'examen bactériologique positif seul peut permettre un diagnostic », est inexacte.

Le diagnostic de blennorragie chronique se basera avant tout sur la recherche clinique de lésions concomitantes des autres organes génitaux (utérus, trompes, gl. de Bartholin).

L'uréthrite chronique est encore le meilleur signe de blennorragie chronique ; les symptômes de vaginite chronique sont bien moins sûrs, mais s'ils existent en même temps que d'autres signes d'affection utérine ou annexielle, ils deviennent pathognomoniques. Il est difficile, parfois impossible, de décider si un catarrhe cervical chronique est bien d'origine gonococcique, lorsqu'il n'y a pas, en même temps, d'affections gonococciques des autres organes génitaux. Généralement un catarrhe cervical chronique avec annexite est d'origine gonococcique.

Il est enfin très regrettable que nous ne puissions pas nous en rapporter à l'examen microscopique des sécrétions. S'il est vrai que la constatation des Gonocoques est une preuve de blennorragie, leur absence n'est aucunement une preuve d'affection non-blennorragique. S'il est vrai que, scientifiquement, il est très intéressant de chercher les Gonocoques, nous sommes néanmoins forcés, sous peine de commettre de graves erreurs, pour poser un diagnostic de blennorragie chez une Femme, de nous en rapporter surtout aux symptômes cliniques.

REVUE AMÉRICAINE

W. Swann. — DEUX CAS DE VOLUMINEUX KYSTES SUPPURÉS DE L'OVAIRE. (*New-York med. J.*, 9 avril 1898.)

Opérés à 4 jours d'intervalle dans le service d'H. Kelly.

I. Femme de 35 ans, célibataire, réglée à 15 ans, augmentation de volume du ventre depuis septembre 1896 ; pas de douleurs, mais hémorrhoïdes et, depuis 2 mois, écoulement irrégulier de pus par le rectum ; pas de dysménorrée ni de leucorrée ; aménorrée depuis septembre 1896. A cette époque, frissons, fièvre, état grave pendant 2 mois. *Examen* : moitié inférieure de l'abdomen du volume d'une grossesse de 5 mois, symétrique : matité et légère fluctuation. Par le vagin, orifice entr'ouvert, col en bas et à droite ; masse emplissant le bassin : t° à grandes oscillations, montant à 101°.5 F : pouls 96 à 130. *Diagnostic* : Kyste suppuré de l'ovaire gauche.

Opération : Incision de 12 cm. : ponction et évacuation de 2850 cc. de pus fétide dont une partie s'échappe dans le ventre. Large hématome au-dessous de la tumeur, dans le bassin. Trompe droite kystique et adhérente, est laissée en place après libération. Adhérence au colon, au milieu de laquelle existe une fistule, au centre d'une aire inflammatoire rouge noirâtre ; adhérences larges à la vessie et à la paroi abdominale : l'appendice, augmenté de volume, adhère aussi à la tumeur, mais, vu l'urgence du cas et son apparence saine, il est laissé en place. L'aire adhérente à la vessie et à la paroi est recouverte par le péritoine : la fistule du colon est suturée à la soie du côté de l'intestin et on fixe par des points de catgut la base de l'appendice à la surface péritonéale de l'ouverture. Lavage de la cavité à la solution saline normale, dont on laisse environ 800 cc. Pas de drainage. 1er pansement au bout de 10 jours, réunion de l'incision.

Exeat de la malade au bout d'un mois. A l'examen bactériologique, on trouve des quantités de Bactéries. 2 cc. injectés à un Cobaye amenèrent sa mort en 2 jours, d'infection généralisée ; malheureusement les cultures furent contaminées et on ne put déterminer la nature des Bactéries.

II. Femme de 47 ans, I pare : bonne santé antérieure jusqu'en novembre 1896. Alors, frisson de 2 heures, fièvre, vive douleur abdominale, diarrhée depuis, augmentation du volume du ventre comme une grossesse de 6 mois, fièvre irrégulière, affaiblissement progressif.

Diagnostic : Large kyste ovarique suppuré, avec adhérences au mésentère, aux intestins, à l'appendice, à tout le bassin, la vessie et la paroi abdominale.

Opération. — Enucléation, en laissant en place une partie de la paroi. Incision de 14 cm. Kyste rougeâtre, mollasse, adhérent à la paroi jusqu'à 10 cm. de la symphyse. On sépare péniblement les adhérences à la paroi, à la vessie, à la trompe, à l'utérus, au mésentère, qui n'est pas réséqué. Ponction et issue de pus épais, jaunâtre et fétide : la poche se rompt et inonde le bassin ; dissection et ligature des vaisseaux ovariens ; on résèque ce qu'il est possible de la poche, on tamponne les cavités à la gaze, mais les adhérences sont telles avec l'intestin, le mésentère et le bassin, qu'on ne songe pas à les détruire, vu l'état grave de la malade. On incise alors ce qui reste de la paroi et, avec les ciseaux, les doigts, on cherche un plan de clivage qui permet d'enlever la paroi du kyste en laissant les adhérences sur les viscères voisins. Copieux lavage à la solution saline dont on laisse 700 c.c. Fermeture sans drainage. A ce moment, pouls 144, respiration 48 : on prescrit de la strychnine et l'élévation des pieds du lit, de 20 p. pendant 12 heures. Suites heureuses : exeat le 35e jour. Le pus examiné et cultivé se montra stérile.

Sans entrer dans la discussion du traitement des gros kystes suppurés, les petits pouvant s'ouvrir par le vagin, l'auteur souligne quelques détails opératoires, notamment la façon de procéder de Kelly, dans le 2e cas, en présence des adhérences étendues et résistantes : on n'aurait pu parvenir à les détacher par les moyens ordinaires et le shock qui eût résulté de ces tentatives eût été fatal à la malade dans l'état grave où elle se trouvait. Le procédé employé : incision de la moitié de l'épaisseur de la coque autour de l'intestin, puis recherche d'un plan de clivage, a permis d'éluder cette difficulté en apparence insurmontable, en quelques minutes ; or l'abandon d'une petite partie de la paroi n'a eu aucune influence sur les suites opératoires. En second lieu, le principe de Kelly, relativement au drainage intra-péritonéal, conforme aux conclusions magistrales de J. Clark, c'est : *dans le doute, abstiens-toi*. C'est ce qu'il a fait dans les 2 cas. Le lavage copieux de la cavité abdominale, dans laquelle on laisse de 700 à 1.500 c. c. de la solution, la clôture de l'abdomen sans drainage et l'élévation des pieds du lit à 20 p. pendant 12 à 24 heures, de manière à établir un courant vers le diaphragme, telle est la meilleure méthode de drainage abdominal.

Ch. Clifford Barrows. — FIBROME UTÉRIN DE VOLUME INUSITÉ. ABSENCE DU COL. (*Soc. des membres de l'hôp. Bellevue*, 6 avril 1898, *New-York med. Journ.*, 6 août 1898.)

Présentation d'une tumeur de 18 livres enlevée à une Femme de 66 ans. Bien portante jusqu'à la ménopause, survenue à 58 ans : elle commence alors à souffrir du bassin et voir son ventre augmenter de volume.

A l'examen vaginal, impossibilité de trouver le col, même sous le chloroforme. Laparotomie : la voûte vaginale était une poche close dans laquelle on ne put découvrir d'orifice. Guérison.

Barrows. — ABLATION D'UNE ÉPINGLE A CHEVEUX DE L'UTÉRUS. (*New-York med. Journ.*, 6 août 1898).

Femme pesant 300 livres : souffrant d'une endométrite, elle avait coutume, disait-elle, de se faire elle-même des applications de teinture d'iode dans l'utérus et se servait pour cela d'une épingle à cheveux qui, une fois, lui avait échappé.

A l'examen, utérus augmenté, écoulement fétide. Avec une pince on finit par extraire le corps étranger dont les pointes étaient profondément enclavées dans le tissu utérin.

Stéph. BONNET.

Tout ouvrage dont il sera envoyé deux exemplaires sera annoncé et analysé s'il y a lieu.

R. PICHEVIN, *Directeur-Gérant.*

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE DAIX FRÈRES.
Maison spéciale pour Journaux et Revues.



SOMMAIRE

ÉTUDE DE QUATRE CAS DE GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE A TERME[1]

par le Docteur James OLIVER.

La grossesse ectopique n'est plus maintenant une rareté gynécologique, mais les cas dans lesquels le fœtus arrive à terme sont si peu fréquents, qu'une étude de quatre cas se présentant dans la clientèle d'un seul médecin, peut être de quelque valeur scientifique.

PREMIER CAS. — *Gestation dans le ligament large droit, abondante perte, par le vagin, de liquide amniotique pendant le troisième mois.*

Elizabeth G., âgée de 33 ans, et mariée depuis six ans, accoucha de deux jumeaux il y a cinq ans; depuis l'accouchement, les règles eurent lieu sans douleur, quoique elle ait été sujette à de douloureuses dysménorrées avant son mariage.

En décembre 1896, les règles disparurent mais elles revinrent le 4 juin 1897, et continuèrent normalement pendant quatre jours ; pendant les mois de février, mars et avril, il y eut une complète aménorrée ; vers le milieu du mois de mai survint une abondante perte de sang par le vagin, elle continua sans interruption pendant cinq heures. Depuis mai jusqu'à la fin de septembre, il se produisit une complète aménorrée et, pendant octobre et novembre, il y eut continuellement une légère hémorragie.

Le 26 janvier 1897, la malade fut prise soudainement de violentes douleurs dans le bas-ventre, accompagnées de nausées, de diarrhée et de fréquents besoins d'uriner ; la sensibilité de la vessie se calma promptement, les nausées et la diarrhée la firent souffrir pendant deux ou trois jours, et la douleur abdominale, quoique n'ayant encore jamais été aussi intense, fut supportée plus ou moins bien pendant près de six mois.

Dans le commencement de juillet, il y eut, pendant une semaine, une perte aqueuse ayant une odeur particulière, une odeur ressemblant à celle de l'urine ; elle jaillit soudainement du vagin et coula en très grande abondance pendant deux ou trois jours, elle diminua graduellement et cessa entièrement environ le septième jour.

La malade vint me trouver le 21 novembre 1897, et je constatai les signes physiques suivants : Il y a dans le bas-ventre une tumeur ovoïde, la partie droite de la tumeur est plus forte et plus proéminente que la partie gauche ; elle s'étend depuis le pubis, jusqu'à une distance de deux pouces au-dessus de l'ombilic, et dans la région lombaire, au niveau antéro-supérieur de l'épine dorsale, de cinq pouces à droite et de quatre pouces à gauche de la ligne blanche. Au toucher, la tumeur est complètement dure, à l'exception d'une petite partie superficielle de deux pouces sur deux pouces qui donne une sensation de fluctuation ; la partie gauche de la tumeur est sensible au toucher ; au milieu, entre le pubis et l'ombilic, le contour prend un développement de 38 pouces 1/2. Le col utérin est placé en haut vers la partie droite du bassin, il est mou et l'orifice en est légèrement ouvert. Devant le col, une portion de la tumeur abdominale fait abaisser un peu la paroi supérieure du vagin. Le corps de l'utérus s'étend par derrière et est incorporé avec la tumeur.

Les seins sont flasques, les deux ont du colostrum ; on n'entend aucun bruit en auscultant la tumeur et la température est normale.

Opération. — La paroi abdominale fut incisée sur la ligne médiane, depuis un pouce au-dessus du pubis jusqu'à un pouce au-dessous de l'ombilic ; la cavité péritonéale fut ouverte dans la moitié supérieure de l'incision, mais, à la moitié inférieure, la paroi abdominale était incorporée avec la tumeur. L'épiploon et l'intestin grêle étaient excessivement adhérents à la partie supérieure de la tumeur. Le fœtus, qui était arrivé à terme fut enlevé du ligament large droit ; la peau au-dessus de l'abdomen était légèrement décolorée et en décomposition. Le sac fœtal ne contenait aucun liquide, mais le fœtus était entièrement couvert d'une épaisse matière sébacée. Le placenta était logé entre le pubis et l'utérus, il en restait une petite portion attachée à la paroi antérieure de l'utérus ; je coupai le cordon et me décidai à laisser le placenta, car un essai pour l'enlever avait produit une abondante hémorragie. Le sac fut marsupialisé, fixé à la paroi abdominale et drainé, et la malade se rétablit sans aucun incident fâcheux.

La conception eut probablement lieu après les règles qui finirent le 13 novembre 1896. L'attaque soudaine de la douleur abdominale le, 26 janvier 1897, marque le temps de la rupture de la trompe de Fallope, et la migration de l'œuf, fécondé environ depuis dix semaines, dans le ligament large droit. Aucune hémorragie externe n'eut lieu à ce moment là. Le liquide aqueux qui coula du vagin pendant le commencement de juillet était, à mon avis, du liquide amniotique, et il s'échappait par une rupture s'ouvrant dans l'utérus, au siège de la trompe de Fallope, ou par une rupture distincte siégeant dans la continuité de la paroi utérine elle-même. Au moment de l'opération la paroi utérine était très mince près de l'insertion du placenta. Au moment de la perte du liquide amniotique, ou peu de temps après, le fœtus a dû mourir, et sa légère décoloration observée au moment de l'opération, (*4 mois seulement après la mort du fœtus*) peut être mise sur le compte de la communication établie entre le sac fœtal et la cavité de l'utérus. Il n'y eut aucunes fausses douleurs d'accouchement. En deux occasions, pendant la vie du fœtus, en janvier et en mai, il se produisit une hémorragie externe ; en mai, elle doit avoir été causée par la rupture de quelque vaisseau dans la cavité utérine. Aucun fragment décidual ne fut expulsé. Dans ce cas, il est utile de noter que depuis l'accouchement, qui eut lieu cinq ans avant le présent événement, les règles eurent lieu sans aucune douleur quoiqu'il y eût eu de douloureuses dysménorrées avant le mariage. — Straham dit que l'histoire d'un cas de grossesse extra-utérine est souvent celle d'un accouchement, puis celle d'une maladie accompagnée de troubles pelviens, engendrant la stérilité pendant plusieurs années avec malaises et douleurs menstruelles.

DEUXIÈME CAS. — *Gestation dans l'ovaire droit, le mésovarium fut séparé et ligaturé, et la tumeur contenant le fœtus et le placenta enlevée intégralement.*

Cécilia H..., âgée de 39 ans et mariée depuis douze ans, a eu un enfant actuellement âgé de 11 ans. Au mois de décembre 1894, les règles, qui jusqu'alors étaient venues régulièrement, ne parurent pas et restèrent en suspens jusqu'au 10 mars 1895, époque à laquelle la malade expulsa un caillot qui paraissait être un débris de membrane déciduale, l'expulsion de cette membrane effectuée avec un peu de peine fut accompagnée d'une légère perte de liquide sanguinolent.

En avril, mai, juin et juillet, il y eut encore une complète aménorrée. Le 26 août, il se produisit une abondante perte de sang, qui ne dura que douze heures. Quatorze jours plus tard, il se fait, pendant une journée, une légère perte de sang. En octobre et novembre l'aménorrée fut complète. Le 25 décembre, les règles revinrent et ensuite, eurent lieu régulièrement jusqu'au 14 mai 1896, moment où on pratique l'opération abdominale. En janvier et février 1895, la malade se plaignit beaucoup de douleurs abdominales, mais depuis, elle ne ressentit que de légers malaises ; elle fut capable de vaquer à ses occupations journalières et fit assez souvent de très longues marches.

Voici les signes physiques que j'ai constatés le 18 avril 1896, lorsque la malade vint me trouver. Le ventre est proéminent et occupé par une tuméfaction logée plus à droite qu'à gauche et qui s'étend en hauteur jusqu'à 8 pouces 1/2 au-dessous du pubis. La tumeur est dure et légèrement irrégulière à la partie droite supérieure. Le contour abdominal au niveau de l'ombilic est de 29 pouces 3/4. Le col utérin est logé quelque part vers la paroi droite du pelvis, il est dur et l'orifice n'est pas ouvert. Le corps de l'utérus s'étend derrière et est indépendant de la tumeur. Les seins sont flasques, mais il y a du colostrum dans les deux. On n'entend aucun bruit en auscultant la tumeur et la température est normale.

Opération. — La cavité abdominale fut ouverte sur la ligne médiane. L'épiploon et quelques portions de l'intestin grêle, qui étaient adhérents à la tumeur, furent détachés ; il était alors

(1) Dans chaque cas le fœtus était mort avant que la malade vint me trouver.

évident que le fœtus était logé dans l'ovaire droit. Le mésovarium fut ligaturé avec la même façon de procéder que pour un kyste ovarien, il fut séparé et le sac, contenant le fœtus et le placenta, fut enlevé intégralement. Il n'y avait aucune rupture dans la trompe de Fallope droite ni au moment de l'opération ni après, l'ovaire gauche paraissait être sain.

Après que l'opération fut achevée et que la malade fut placée dans son lit, j'ouvris la tumeur et en enlevai un fœtus à terme et dans un état de conservation parfaite. Le placenta était logé à deux ou trois pouces de l'emplacement du mésovarium enlevé, et il fut très difficile de le dissocier de la paroi du sac, car ils étaient complètement adhérents l'un à l'autre. Il n'y avait aucun liquide dans le sac, mais le fœtus était entièrement couvert d'une épaisse matière sébacée.

La malade se rétablit très bien, elle quitta Londres pour aller au bord de la mer le 25ᵉ jour après son opération.

Dans ce second cas, il n'y eut aucune hémorragie externe jusqu'à ce que le morceau de membrane déciduale fut expulsé de l'utérus le 10 mars et il y avait presque quatre mois que la malade était enceinte.

Dans deux autres occasions, seulement pendant la vie du fœtus, il y eut des hémorragies externes, mais en aucune de ces occasions elles ne durèrent toute une journée. Ces hémorragies étaient dues à la rupture de quelques vaisseaux dans la cavité utérine. En janvier et février, entre la huitième et la douzième semaine de la grossesse, la malade ressentit de fréquentes douleurs abdominales, mais, après ce temps, il n'y eut que de légers malaises, et il n'y eut aucune fausses douleurs d'accouchement. Le fœtus est mort probablement en septembre ou octobre, et quoiqu'il n'eût été enlevé que le 14 mai, il était dans un parfait état de conservation. Les règles revinrent le 25 décembre environ, dix ou douze semaines après la mort du fœtus. La malade ne s'était jamais crue enceinte.

Quelques notes sur ce cas parurent dans le *Lancet* du 25 juillet 1895, au sujet d'une expérience par les Rayons X.

Troisième cas. — *Gestation dans le ligament large droit.* — Anna M..., âgée de 33 ans et mariée depuis 9 ans a eu cinq enfants et une fausse-couche. Le dernier enfant, né en juillet 1888, fut allaité jusqu'en octobre 1889, il fut alors sevré, car les règles réapparurent. Depuis le moment du sevrage jusqu'en juin 1890, les règles vinrent régulièrement. En juillet 1890, les règles disparurent et depuis ce mois jusqu'en avril 1891, il y eut une complète aménorrée. Les règles revinrent en avril 1891 et continuèrent normalement et régulièrement jusqu'au moment où la malade vint me trouver, le 1ᵉʳ octobre 1891.

En juillet 1890, la malade commença à se plaindre de maux de cœur et elle en souffrit plus ou moins jusqu'au milieu de mars 1891. Pendant ce temps, les seins étaient plus fermes et gonflés. La perception de battements fut ressentie en novembre et les mouvements de l'enfant continuèrent ensuite jusqu'en mars 1891, mais depuis ce temps, les mouvements cessèrent complètement. Les symptômes et les sensations étaient de tous points semblables à ceux qu'elle avait eus étant enceinte, et cela ne l'empêchait aucunement de se livrer à ses occupations journalières. Elle alla trouver un docteur pour le prier de venir l'assister dans son accouchement, qui selon toute probabilité, devait avoir lieu au mois de mars. Après mars, les seins devinrent graduellement moins pleins et ils redevinrent ce qu'ils étaient quelques mois après le sevrage du dernier enfant. Le ventre n'a jamais diminué de volume, elle s'est plainte quelquefois de douleurs abdominales, mais rien qui ressemblât à des douleurs d'enfantement.

Ce qui suit sont les signes physiques notés le 1ᵉʳ octobre 1891 :

L'abdomen est très distendu, son contour, au niveau de l'ombilic, est de 39 pouces 1/2 ; le centre est occupé par une tuméfaction qui remonte jusqu'à 13 pouces au-dessus du pubis : une sensation de ballottement est perçue au niveau de la tumeur, mais elle donne l'impression que le liquide est assez épais. Les deux côtés présentent de la sonorité, la tumeur s'étend plus loin dans le côté droit que dans le côté gauche. Le col utérin est placé bien en avant et vers la paroi droite du pelvis ; il est mou et l'orifice laisse assez difficilement pénétrer le bout de l'index ; par un examen bi-manuel, on découvre au milieu, entre le pubis et l'épine iliaque antéro-supérieure droite, le corps de l'utérus incorporé avec la tumeur abdominale. La température est de 100° F. et je ferai remarquer ici que la température du soir, pendant les quatre jours qui précédèrent l'opération, varia de 102° F. à 103° F.

Opération. — La paroi abdominale fut incisée sur la ligne médiane, et sans ouvrir la cavité péritonéale. Le fœtus, qui était arrivé à terme, était parfaitement conservé, il fut retiré du sac qui se trouvait dans le ligament large droit. Le sac contenait aussi une grande quantité de pus épais et inodore ; la cavité fut injectée avec de l'eau stérilisée et ensuite soigneusement épongée. Le placenta était incorporé avec les muscles psoas et iliaque et l'hémorragie était si forte lorsque j'essayai de l'enlever que je me décidai à le laisser et à drainer la cavité. La largeur de l'ouverture par laquelle le fœtus fut extirpé fut rétrécie par des sutures au catgut. La malade se rétablit promptement.

Dans ce troisième cas, la gestation suivit son plein cours sans produire aucun symptôme différent de ceux d'une grossesse normale ; il n'y eut aucune fausse douleur d'accouchement. Evidemment, le fœtus mourut au mois de mars, et un mois ou six semaines après les règles revinrent régulièrement chaque mois. La présence d'une grande quantité de pus dans le sac fœtal au moment de l'opération, est la cause que l'abdomen ne diminua pas de grosseur après la mort du fœtus. Il est assez étrange que le fœtus soit resté gros et bien conservé bien qu'il fût mort depuis sept mois et que le sac dans lequel il était enfermé fût en pleine suppuration.

Depuis l'opération, Anna M... a eu deux grossesses normales ; elle fit une fausse couche de quatre mois, mais en février 1895, elle accoucha d'un enfant à terme et se rétablit peu de temps après sans aucun incident.

Quatrième cas. — *Gestation dans le ligament large gauche.*

Alice M..., âgée de 37 ans et mariée depuis 15 ans, a eu cinq enfants. Le dernier enfant est actuellement âgé de 10 ans. Onze mois avant de venir me voir, c'est-à-dire en avril 1891, la malade fut admise dans un grand hôpital de Londres, souffrant d'une maladie des ovaires, la malade elle-même croyait avoir fait une fausse couche cinq semaines avant d'entrer à l'hôpital. Elle y entra pendant la première semaine de mai 1890, se plaignant d'une légère mais constante hémorragie vaginale durant depuis cinq semaines : trois semaines avant son admission à l'hôpital, elle se plaignait de légères douleurs dans la région iliaque gauche et pendant ces 3 semaines elle expulsa de temps à autre quelques petits caillots.

Avant l'apparition de son hémorragie la malade avait eu ses règles quatorze jours avant l'époque ordinaire : et depuis, il y eut six semaines d'aménorrée. Vers la fin de mai, l'hémorragie et la douleur dans la région iliaque gauche cessèrent et elle quitta l'hôpital.

En avril 1891, la malade vint me trouver, se plaignant de l'augmentation de volume de l'abdomen, il avait grossi graduellement depuis sa sortie de l'hôpital l'année précédente. Depuis mai 1890 jusqu'à Noël, il y eut une complète aménorrée. Le 25 décembre, les règles revinrent et continuèrent normalement jusqu'au moment de l'opération.

Pendant toute sa maladie, la malade ne s'est jamais plainte de maux de cœur.

Voici les signes physiques notés en avril 1891 :

Il y a dans l'abdomen une tuméfaction centrale, globulaire et légèrement kystique qui s'étend depuis le pubis jusqu'à trois pouces au-dessus de l'ombilic et qui mesure transversalement 10 pouces, au niveau d'un point situé à mi-chemin sur la ligne médiane entre le pubis et l'ombilic. Le col utérin est dirigé vers la paroi droite du pubis, il n'est pas mou, mais l'orifice est légèrement ouvert. A la droite de la tuméfaction abdominale, et selon toute apparence, incorporés ensemble, on sent le corps de l'utérus, qui n'est pas augmenté de volume. On ne sent dans le pubis aucune portion de la tuméfaction abdominale et on n'entend aucun bruit en auscultant la tumeur. Les seins sont flasques et ils n'ont pas de colostrum. La température est normale.

Opération. — La cavité abdominale fut ouverte sur la ligne médiane et après avoir détaché les adhérences de l'épiploon à la tumeur.

Cette dernière fut soigneusement ouverte et j'en retirai un fœtus à terme gros et parfaitement conservé. Le sac, qui était logé dans le ligament large gauche, contenait, outre le fœtus une certaine quantité d'un liquide sanieux et purulent. La cavité fut soigneusement épongée et une quantité de débris furent enlevés. Le placenta fut laissé, car un essai fait pour l'enlever avait produit une abondante hémorragie. Le sac fut marsupialisé, fixé à la paroi abdominale et drainé. La malade se rétablit sans aucun accident.

Dans ce quatrième cas, nous pouvons dire que cette conception eut lieu presque après la période menstruelle qui commença le 14 février 1890.

Il n'y avait eu aucune hémorragie externe avant que la malade n'ait eu ses règles, quatorze jours avant l'époque ordinai-



re. Entre la sixième, onzième ou douzième semaines de la grossesse, il y eut constamment une légère hémorragie vaginale venant probablement de la muqueuse utérine. Depuis le 3 jusqu'au 10 mars, il y eut une complète aménorrée.

D'après ce qui se passe dans le cours d'une grossesse normale et considérant que le fœtus était à terme, je crois que la réapparition des règles le 24 décembre, et ensuite, leur cours régulier indique que le fœtus est mort un mois ou six semaines avant cette date. Evidemment la tumeur n'a jamais diminué de volume et ceci s'explique parce que le sac contenait, outre un fœtus à terme, gros et bien conservé, une assez grande quantité de liquide, 3 pintes environ, et malgré la nature de ce liquide, la température est restée normale. La descente du fœtus dans le ligament large, due à la rupture de la trompe de Fallope, s'effectua si graduellement qu'aucun symptôme indicatif ne vint avertir de cette circonstance. Aucun morceau de membrane déciduale ne fut expulsé et il n'y eut aucune fausse douleur d'accouchement.

LA TORSION DU PÉDICULE DES SALPINGO-OVARITES

Par Henri HARTMANN et Emile REYMOND.

(*Annales de gyn., et d'obst.*, septembre 1898.)

En 1894, nous avons déjà publié une note sur la torsion du pédicule des salpingo-ovarites (1).

Ayant eu l'occasion d'observer et d'opérer trois autres cas de torsion du pédicule d'annexes, deux de salpingo-ovarites, une d'annexes saines au cours d'une grossesse, nous avons pensé qu'il était peut-être intéressant de revenir sur cette question.

Un certain nombre d'observations nouvelles ont été publiées et se trouvent réunies dans la thèse de Maillard (2). En ajoutant à ces observations deux cas, l'un de Hirst, l'autre de Pierson, qui avaient échappé à M. Maillard et les trois observations que nous publions aujourd'hui, nous arrivons au total de 14 cas qui, tous, ont trait à la torsion d'annexes saines ou simplement enflammées. Nous laissons de côté les cas de tumeurs de l'ovaire, et par conséquent tous les kystes de l'ovaire à pédicule tordu, que cette torsion ait porté sur le seul pédicule du kyste ou que le pédicule de la trompe y ait participé.

OBSERVATIONS PUBLIÉES

I. — BLAND SUTTON (*Surgical diseases of the ovaries and Fallopian tubes*, Londres, 1891, et *Annales de gynécologie*, septembre 1894).

Hydrosalpingite à pédicule tordu de trois tours et demi, à contenu hématique, sans participation de l'ovaire à la torsion.

II. — PIERRE DELBET (*Bull. de la Soc. anat.*, Paris, 1892, p. 300, et *Annales de gynécologie*, septembre 1894).

Douleur syncopale dans la fosse iliaque gauche, vomissements, arrêt des matières et des gaz. Lésions de péritonite récente. Hydrosalpingite, avec contenu hématique, pédicule tordu de trois jours. Il n'est pas dit si l'ovaire participe à la torsion. Ablation puis enlèvement d'une hydrosalpingite du côté opposé.

III. — STROGONOFF (*Wratch*, 1893, p. 1095, et TH. MAILLARD, p. 36).

Métrorragies. Trompe droite faisant un tour complet de gauche à droite autour de son pédicule, ovaire kystique. Au microscope, adénosarcome de la trompe.

IV. — HARTMANN et REYMOND (*Annales de gynéc.*, septembre 1894).

Douleur de salpingite, s'aggravant considérablement pendant six semaines et s'accompagnant d'une augmentation de volume considérable.

Torsion d'une hydrosalpingite gauche, à contenu hématique, en sens inverse du mouvement des aiguilles d'une montre, entraînant l'utérus dans sa torsion. L'ovaire y participe. Hydrosalpingite droite. Ablation bilatérale. Guérison.

(1) HARTMANN et REYMOND. Note sur la torsion du pédicule des salpingo-ovarites. *Ann. de gyn. et d'obstétr.*, septembre 1891.

(2) MAILLARD (CH.). *De la torsion des salpingites*. Th. de Paris, 1897-1898.

V. — WARNECK (*Nouvelles Archives de gynécol. et d'obst.*, 1895, p. 82).

Douleurs dans la région inguinale droite, métrorragies, ablation d'une hydro-hémato-salpingite droite, à pédicule tordu. L'ovaire ne participe pas à la torsion. Guérison.

VI. — WARNECK (*Ibidem*, p. 86).

Vives douleurs à droite. Torsion de la trompe de quatre tours et demi de droite à gauche. L'ovaire ne participe pas à la torsion. — Kyste tubo-ovarien à gauche. Ablation. Guérison.

VII. — WARNECK (*Ibidem*, p. 89).

Le 19 août, atroce douleur abdominale ; le 21, métrorragie ; le 7 septembre, ablation de deux carcinomes des trompes avec torsion de leurs pédicules d'une fois et demie autour de leur axe. Mort.

VIII. — HIRST (*American J. of Obstetrics*, N.-Y., 1896, t. I, p. 263).

Il s'agissait d'un fibrome utérin. Du côté gauche, la trompe était hydropique et tordu trois à quatre fois sur elle-même sans participation de l'ovaire à la torsion.

IX. — PIERSON, cité par MALCOLM STORER (*Boston medic. and chirurgic. Journ.*, 5 novembre 1896, p. 463).

Le Dr Pierson, de Saleur, a récemment relaté au Warem Club un cas de pyosalpinx simulant une appendicite : la trompe droite dilatée et remplie de pus avait subi au voisinage de son extrémité utérine une torsion d'un tour et demi d'avant en arrière, l'étranglant complètement. La trompe faisait saillie au-dessous du détroit supérieur. Son extrémité regardait le flanc et sa convexité regardait le point de Mac Burner.

X. — JACOBS (*Bull. de la Soc. belge de gynéc. et d'obstétr.*, 1896, p. 157).

Fibrome utérin. Pyosalpinx à droite, distension en massue de la trompe gauche qui présente, à environ 3 centim. de l'utérus, une torsion complète sur son axe. Castration vaginale totale. Guérison.

XI. — LEGUEU et CHABRY (*Revue de gynécologie*, 1898, p. 11).

Douleurs abdominales par crises. Torsion de la trompe droite d'un tour et demi dans le sens des aiguilles d'une montre. L'ovaire ne participe pas à la torsion. Salpingite à gauche. Castration bilatérale. Guérison.

OBSERVATIONS INÉDITES.

OBS XII. — *Torsion du pédicule d'une hydrosalpingite droite. Péritonite adhésive. Ablation par l'abdomen. Guérison.*

P...., journalière, âgée de 30 ans, entre le 17 août 1893 à Bichat, au n° 19 de la salle Chassaignac.

Son père est mort à 68 ans d'une maladie de cœur : sa mère est morte à 29 ans au cours d'une grossesse.

Elle-même a été réglée à 15 ans ; ses règles étaient généralement régulières, non douloureuses et duraient de deux à trois jours ; pas de grossesse.

Début, il y a trois ans, sous forme de vives douleurs dans le côté droit : au niveau du point douloureux la malade constate l'existence d'une tumeur dont elle se rend facilement compte par le palper. Depuis cette époque les crises douloureuses réapparaissent assez souvent à intervalle de plusieurs mois ; jamais toutefois la douleur ne se fait assez vive pour empêcher la malade de continuer son travail.

La veille de son entrée à l'hôpital, la malade avait été prise de douleurs présentant les caractères habituels ; à trois reprises elle avait vomi.

Examen à l'entrée à l'hôpital. — Élévation légère de température, état général bon.

Le ventre est augmenté de volume. Par le palper, on constate, à droite et au-dessous de l'ombilic, la présence d'une tumeur de forme arrondie débordant un peu la ligne médiane, remontant en haut au-dessus de la ligne horizontale passant par l'ombilic. La tumeur est fluctuante, mais la poche semble très tendue. Toute pression à ce niveau provoque de vives douleurs.

Le toucher vaginal permet de reconnaître un col utérin normalement placé et bien mobile d'avant en arrière : l'utérus semble indépendant de la tumeur.

Celle-ci est perçue en avant et à droite du col : elle présente en ce point une consistance bien différente de celle que permet d'apprécier le palper.

Cœliotomie le 25 avril 1893, par M. HARTMANN. — La paroi antérieure incisée, on constate que celle-ci est réunie à la tumeur par une série d'adhérences molles. Ces dernières détachées, la tumeur apparaît distendue, manifestement liquide, de couleur brune. L'incision est agrandie en haut jusqu'au delà de l'ombilic de façon à glisser facilement la main et à décoller les adhérences unissant l'anse oméga et la tumeur.

On ponctionne alors la poche avec l'appareil de Potain et on retire un litre et demi de liquide mêlé de sang ; la tumeur est attirée au

dehors. Mais elle présente un très large pédicule sur lequel on place deux pinces et qu'on coupe au-dessus de ces dernières.

On peut alors constater que ce pédicule qui s'insère sur le côté droit de l'utérus était tordu (deux tours complets dans le sens des aiguilles d'une montre) ; deux fils en X ; section.

La torsion portait donc en même temps sur la trompe hydropique collée secondairement au ligament large et sur l'ovaire.

L'examen des pièces permit de constater que la trompe était augmentée de volume, distendue par le sang : elle avait l'épaisseur du doigt immédiatement en dehors du siège de la torsion.

L'ovaire est augmenté de volume, rouge, présentant de nombreux foyers hémorragiques.

Les annexes du côté opposé furent aussi enlevées, l'ovaire paraissant complètement transformé en tissu scléro-kystique. La trompe était saine.

Le bord libre de l'épiploon, qui adhérait à la tumeur, fut réséqué.

La température ne cessa pas d'être normale, mais il se forma un petit abcès au niveau de l'ombilic. La malade sortit guérie trois semaines après.

Obs. XIII. — *Salpingo-ovarite bilatérale à pédicule tordu du côté droit. Castration abdominale. Guérison.*

Marie-Louise H..., âgée de 44 ans, entre le 4 janvier 1896 à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac.

Son père est mort tuberculeux, sa mère est rhumatisante.

La malade, qui a eu la rougeole et une fièvre typhoïde, a été réglée à l'âge de 15 ans ; les premières règles étaient douloureuses ; elles ont cessé de l'être de 16 à 31 ans, mais durant cette période revenaient toutes les trois semaines assez abondantes.

Grossesse à l'âge de 27 ans : accouchement normal, pas de métrorragie, mais leucorrée abondante pendant la conception et après l'accouchement.

Il y a exactement deux ans que brusquement la malade fut prise de très vives douleurs continues, lancinantes, s'irradiant de la fosse iliaque droite à l'hypogastre : ces douleurs ne persistèrent qu'une demi-journée, elles disparurent dès que la malade se coucha.

Au mois de septembre de la même année, une nouvelle crise, survenant, comme la première, en dehors de l'époque des règles, força de nouveau la malade à garder le lit. Nouvelles crises au mois de janvier, puis de février, puis enfin plus intenses en décembre 1895.

Etat à l'entrée à l'hôpital. — Les douleurs ne persistent qu'alors que la malade se lève.

L'abdomen présente une saillie sous-ombilicale qui n'est pas exactement médiane et est marquée surtout du côté gauche.

Au palper on constate la présence d'une tumeur grosse comme une tête de fœtus à terme, de forme arrondie, bien limitée supérieurement, se perdant en bas dans le bassin. Cette tumeur est fluctuante, mais paraît très distendue.

Le col occupe une situation normale : il est mobile de droite à gauche, peu mobile d'avant en arrière ; tout déplacement du col réveille les douleurs.

Dans le cul-de-sac antérieur on perçoit la tumeur abdominale absolument fusionnée avec l'utérus. Les mouvements imprimés à la tumeur se transmettent au col ; ceux du col ne se transmettent que partiellement à la tumeur.

La malade n'a pas de troubles de miction, mais ressent une pesanteur spéciale alors qu'elle urine. Les gardes-robes sont régulières.

Cœliotomie le 11 janvier 1896, par M. Hartmann. — L'incision est faite de l'ombilic jusqu'au pubis ; depuis la partie inférieure jusqu'à 3 centimètres au-dessus de l'ombilic, cette incision correspond à une tumeur brune ressemblant à une poche d'hématocèle à parois épaisses, et adhérant en avant à la paroi abdominale, en haut à l'épiploon et aux anses intestinales. Ces adhérences sont assez facilement rompues. On ponctionne alors la poche avec le gros trocart Potain et on en retire 500 gr. de liquide ressemblant à du sang presque pur.

Le volume de la tumeur se trouvant ainsi considérablement réduit, on place une pince à kyste sur le siège de la ponction, on attire au dehors de l'abdomen une partie de la poche et on continue à rompre les adhérences.

Le pédicule de la tumeur correspond à la corne utérine droite : il a le volume du cordon ombilical ; il est tordu en spire : pour le détordre on doit faire exécuter à la tumeur deux tours complets dans le sens des aiguilles d'une montre. Deux fils en X sont placés sur le pédicule qu'on sectionne.

Le kyste adhérait à la paroi abdominale antérieure, au cul-de-sac vésico-utérin, à la fosse iliaque, et à l'intestin, mais il laissait libre de toute adhérence le cul-de-sac recto-utérin.

Les annexes gauches présentent, elles aussi, quelques adhérences : l'ovaire est sain mais la trompe est hydropique. On fait l'ablation des annexes de ce côté. Réunion totale sans drainage.

Le lendemain de l'opération, la température monte à 38°,8 ; elle revient à la normale les jours suivants. Un petit abcès s'ouvre à la partie inférieure de la cicatrice abdominale onze jours après l'opération.

La malade sort guérie au bout de trois semaines. Elle est revue un an après l'opération et continue à se bien porter.

Examen histologique. — Les coupes histologiques pratiquées en divers points des annexes ne nous ont permis de constater nulle part l'existence de foyers hémorragiques proprement dits, mais partout une diffusion des globules sanguins entre les éléments anatomiques qui se trouvent ainsi dissociés et éloignés les uns des autres.

Les capillaires sont tellement distendus, leurs parois amincies se trouvent si éloignées l'une de l'autre, qu'il est parfois difficile de voir si les éléments sanguins qu'on observe sont encore contenus dans le vaisseau ou s'ils ont déjà fait irruption hors de lui.

La distension des veines paraît plus grande que celle des artères : chaque veine baigne au centre d'un large lac sanguin.

L'importance des artères se trouve exagérée, moins encore par l'augmentation de leur lumière, que par l'épaisseur considérable que prend la paroi du vaisseau. Elle est due, d'autre part, à la dissociation des éléments sous l'influence de l'hémorragie intra-pariétale et d'autre part à la distension des vasa-vasorum.

Obs. XIV. — *Torsion du pédicule des annexes droites au cours d'une grossesse. Péritonite. Ablation. Guérison. Continuation de la grossesse.*

Alice G..., couturière, âgée de 20 ans, mariée, entre le 6 octobre 1897 à Bichat, dans la salle Chassaignac, pour des accidents de péritonite survenus au cours d'une grossesse, ayant débuté la *veille* et simulant une appendicite grave (vomissements, douleur iliaque droite, ballonnement de l'abdomen, arrêt des matières et des gaz).

Cœliotomie le 6 octobre 1896, par M. Hartmann. — A l'ouverture du ventre, s'écoula une certaine quantité de liquide louche. Le fond de l'utérus, ayant la courbe régulière d'un utérus gravide, remontait presque jusqu'à l'ombilic.

A droite les annexes constituent une tumeur adhérente aux parties voisines et ayant une couleur d'un rouge hémorragique. Les adhérences étant rompues, on constate que le pédicule est tordu d'un tour complet en sens inverse des aiguilles d'une montre.

Après avoir détordu le pédicule, on place sur lui deux fils en X au ras de la corne utérine.

L'abdomen est fermé sans drainage.

La température, qui était de 39° le jour de l'opération, revient à la normale les jours suivants, mais remonte à 40° au bout de 12 jours : on constate alors des signes de pleurésie du côté droit. Un mois après l'opération, nouvelle élévation de température et nouveaux symptômes thoraciques. La malade sort guérie de l'hôpital un mois et demi après y être entrée.

Elle accouche à terme le 10 février 1897 d'une petite fille que nous revoyons bien portante six mois plus tard.

Examen des pièces. — La trompe est perméable, d'apparence saine, sauf l'infiltration sanguine.

L'ovaire est gros environ comme une orange : il a conservé à peu près sa forme normale.

Si l'on fait une section de l'organe passant par le hile, on constate, tout d'abord, combien la substance médullaire et la substance corticale se différencient facilement à l'œil nu ; celle-ci, qui forme à la périphérie une bordure régulière, a conservé un aspect homogène, une teinte claire et ne paraît pas avoir augmenté beaucoup d'épaisseur, l'accroissement de volume de l'ovaire restant dû, par conséquent, en plus grande partie, au développement de la zone médullaire.

Cette dernière présente l'aspect suivant : près du hile se trouve une tache ayant l'étendue environ d'une pièce de un franc et la couleur brune d'une truffe : la tache est homogène au centre, mais à la périphérie elle se dissocie en gerbes de petits bâtonnets qui s'éloignent du hile et s'irradient dans la substance médullaire, devenant moins serrés à mesure qu'ils se rapprochent de la couche corticale. Entre ces faisceaux, le tissu médullaire est d'un rouge vif.

Examinons maintenant au microscope ces différentes régions. Nous constatons, tout d'abord, que chacun des petits bâtonnets contribuant à former ces gerbes brunes est un foyer hémorragique ayant déjà subi les transformations des hématomes anciens. Il se distingue au microscope des tissus environnants par sa teinte ocreuse, sa composition amorphe au sens biologique ; car on trouve, par places, des cristaux d'hématoïdine et la périphérie du petit foyer est généralement hérissée de petites houppes de cristaux.

Dans quelle région se sont constitués ces foyers hématiques ? pour s'en bien rendre compte, il faut examiner des coupes minces et portant sur des points éloignés du hile : on voit alors que ces foyers se sont formés entre les vaisseaux, en suivant la direction



de ceux-ci et des faisceaux musculaires qui partent du hile. — Il s'agit donc bien de petits épanchements de sang et non de thromboses veineuses, comme on pouvait être tenté de le croire avant l'examen microscopique.— Bien plus, les foyers hématiques sont parcourus pour la plupart par des vaisseaux artériels et veineux distendus et présentant les mêmes caractères que ceux que nous allons décrire dans le reste de l'organe, mais contenant des globules rouges bien conformés, ce qui indique que leur circulation n'était pas encore entravée alors que s'étaient déjà produits les hématomes enveloppant.

Ceux-ci ne paraissent pas s'être constitués en une seule fois et la situation concentrique qu'ils présentent par places tendrait à prouver qu'ils sont dus à une série d'hémorragies successives.

Quant au tissu médullaire compris entre ces petits hématomes, il présente presque partout le même aspect. Les éléments qui le composent sont dissociés, les fibres conjonctives en particulier sont séparées les unes des autres, formant un élégant réseau à très larges mailles remplies de globules rouges. Ceux-ci sont, en tous points, suffisamment tassés pour offrir un aspect analogue à celui qu'ils présentent dans la lumière des vaisseaux.

Ceux-ci sont tous distendus, surtout les veines et les capillaires dont les parois très amincies paraissent être prêtes à se rompre. Les artères, très dilatées elles-mêmes, le sont cependant moins que les veines et les capillaires, mais leurs parois sont dissociées par des épanchements intra-pariétaux et les *vasa vasorum* atteignent des dimensions tout à fait anormales.

Tel est l'aspect que donne le tissu de la couche médullaire. Si nous considérons maintenant la couche corticale, nous voyons que les faisceaux conjonctifs, au lieu de se présenter, comme dans la région précédente, sous forme de fines cloisons s'irradiant du hile à la périphérie, affectent une direction parallèle à celle-ci et laissent entre eux les globules rouges, sous forme de boyaux moins épais à mesure que l'on se rapproche de l'albuginée. Il semble qu'au voisinage de la périphérie le tissu conjonctif plus dense ait offert plus de résistance à l'hémorrhagie interstitielle.

L'épithélium enveloppant l'ovaire subsiste presque partout avec ses caractères normaux.

Il était intéressant de voir quelle influence la pression sanguine pouvait avoir exercée sur les follicules de Graaf ; ceux-ci ont-ils subi des modifications analogues à celles que détermine ordinairement la congestion de l'organe ? Non, bien au contraire, ils ne semblent avoir éprouvé que l'influence mécanique de la pression que détermine autour d'eux l'hémorragie interstitielle.

Les follicules de Graaf paraissent moins nombreux qu'à l'état normal, ce qui peut être dû en partie à l'augmentation du volume de l'ovaire et à leur répartition dans un plus grand espace. Mais ils sont, d'autre part, presque tous fort peu développés ; nous en trouvons quelques-uns seulement dont la membrane granuleuse est bien nette ; encore l'ensemble du follicule semble-t-il comprimé. Dans aucun d'eux nous ne trouvons trace d'hémorragie interstitielle. Les hématies les enveloppent en grand nombre, font un lac autour d'eux, mais ne les pénètrent jamais.

En résumé, l'ovaire que nous venons d examiner présente deux sortes de lésions hémorragiques.

Les unes, déjà anciennes, paraissent dues à de petites hémorragies successives ; elles se présentent sous forme de foyers allongés entre les vaisseaux du hile et affectant la même disposition rayonnée que ceux-ci. Ces hématomes anciens n'existent que dans la substance médullaire.

L'autre forme de lésion hémorragique se trouve au contraire dans toute l'épaisseur de l'ovaire ; elle est constituée par une diffusion des globules sanguins, ayant encore leur forme, répandus entre tous les éléments de l'ovaire, paraissant sortir depuis peu des vaisseaux.

Cette hémorragie diffuse et récente est la seule que l'on constate dans la substance corticale ; les éléments sanguins sortis du capillaire, se disposent entre les faisceaux conjonctifs en longues traînées, parallèles à la périphérie, perpendiculaires par conséquent aux foyers hémorragiques primitifs du centre.

Quant aux follicules de Graaf, ils sont comprimés par les éléments sanguins sans être pénétrés par eux.

De ces différentes observations nous pouvons tirer quelques remarques au sujet des symptômes, des lésions anatomiques, du mécanisme causal probable.

La *douleur* vive, siégeant au niveau de la lésion, calmée parfois par la position horizontale, est le premier symptôme qui attire généralement l'attention de la malade : cette douleur est parfois telle qu'elle peut déterminer une syncope ; elle s'accompagne assez souvent de vomissements ; il semble que la brusquerie du début, la violence de la douleur, les modifications que peut déterminer la position du corps, permettent de distinguer, pour la plupart des malades, les douleurs qui sont dues à la torsion et celles qu'elles ont pu ressentir du fait même des annexites dont elles souffrent.

L'*augmentation de volume* est si rapide qu'il se peut, comme dans notre obs. XII, que la malade se rende compte elle-même d'une tumeur qu'elle n'avait jusqu'alors pas remarquée.

Les *hémorragies* constituent-elles un des symptômes propres à la torsion du pédicule ? C'est là ce qu'avait cru remarquer Warnek, et les lésions histologiques qu'il nous a été donné de constater n'étaient pas pour nous éloigner de cette hypothèse.

Toutefois, nous n'avons pas eu à constater chez nos malades de métrorragies ni d'augmentation des règles ; et d'autre part, il est bon de remarquer que, sur 3 observations de Warnek, il s'agit, dans un cas, d'un polype fibreux de l'utérus et, dans un autre, d'un cancer primitif bilatéral des trompes (?) ; dans l'observation de Strogonoff, dont la malade eut aussi des hémorragies, il est question d'un utérus augmenté de volume et d'un adéno-sarcome de la trompe. Le symptôme métrorragie ne nous semble donc pas en rapport avec la torsion d'une salpingite.

La *situation du col utérin* appréciée par le toucher était peu modifiée dans nos observations et cependant, dans le premier cas, le corps de l'utérus avait pivoté d'un demi-tour, entraîné qu'il était par les annexes. Les mouvements imprimés à la tumeur se communiquaient aisément au col utérin.

La *grande tension de la poche fluctuante* est appréciée par le palper joint au toucher alors que ceux-ci ne sont pas trop douloureux.

Warnek dit avoir perçu la *torsion du pédicule par le toucher vaginal* chez une de ses malades ; il ne nous a pas été donné de jamais rien observer de semblable et ces finesses de toucher nous laissent rêveurs.

Le *péritonisme*, que Maillard (1) attribue à la torsion des filets nerveux contenus dans le pédicule, nous semble insuffisant pour expliquer les symptômes fonctionnels, et surtout généraux, présentés par certaines malades ; il s'agit bien de *péritonite* comme le prouvent les adhérences récentes et les signes manifestes d'inflammation péritonéale.

Au point de vue anatomo-pathologique, nous avons à considérer :

1° Les lésions existant au niveau de la torsion.

2° Les lésions des organes tordus.

1° La *torsion* peut porter uniquement sur la trompe, ou bien affecter le pédicule commun de la trompe et de l'ovaire.

Dans les observations de Bland Sutton, de Hirst, de Warnek, de Legueu et Chabry, on trouve nettement spécifié ce fait que l'ovaire ne participe pas à la torsion. En pareil cas, la trompe seule est augmentée de volume, repliée sur elle-même, formant une grosse tumeur noirâtre. La torsion porte sur la portion utérine de la trompe en un point où cesse son augmentation de volume.

Dans d'autres observations, en particulier dans nos quatre observations personnelles, l'ovaire fait partie de la tumeur, le pédicule salpingien et l'aileron de l'ovaire sont enroulés autour l'un de l'autre. Il est évident que cette dernière disposition est la seule possible chaque fois que l'ovaire et le pavillon adhéraient entre eux avant les accidents de torsion.

Le *sens de la torsion* ne paraît pas constant. Il n'est du reste pas indiqué le plus souvent ; dans les observations de Bland Sutton, de Legueu et dans trois des nôtres il s'agissait d'une torsion siégeant à droite, 3 fois la torsion s'était faite dans le sens du mouvement des aiguilles d'une montre, 1 fois en sens inverse ; dans un de nos cas, où la torsion existait à gauche, elle s'était faite en sens inverse du mouvement des aiguilles d'une montre.

Le *nombre de tours* effectué par la tumeur est très variable suivant les différentes observations ; il aurait atteint 3 ou 4 tours dans le cas de Hirst et 4 tours et demi dans un des cas de Warnek (obs. V).

2° Les *organes tordus* étaient, sauf dans un cas (obs. XIV), malades antérieurement à la torsion. Le plus souvent il s'agissait d'hydrosalpingite ; on a cependant noté la torsion de salpingites banales et même, dans un cas, celle d'un pyosalpinx. Ces lésions, préexistant à la torsion, n'ont rien de caractéristique ; ce qui est spécial à la torsion, c'est, pour les salpingites comme pour les kystes ovariques, l'augmentation rapide

(1) MAILLARD. *Loc. cit.*, p. 17 et 25.

et notable de volume, en même temps que l'existence d'hémorragies tant à l'intérieur de la trompe et dans les petites cavités kystiques de l'ovaire que dans la trame même des tissus.

Cette augmentation de volume et ces hémorragies s'expliquent par une disposition que nous avons décrite il y a 4 ans et que nous avons constatée à nouveau dans nos dernières observations, à savoir que les artères sont moins rapidement oblitérées que les veines et que le sang arrive encore alors qu'il ne peut plus sortir.

Contrairement à Maillard (1), nous ne croyons pas qu'il faille considérer tous les cas publiés comme des torsions aiguës. Dans trois de nos observations, il semble plutôt que la torsion se soit faite en plusieurs fois et que le début datât d'un certain temps : nous nous appuyons pour le croire sur les crises douloureuses successives, la présence des adhérences lâches, il est vrai, mais consécutives à la torsion, enfin et surtout, sur la nature des petits foyers hémorragiques parenchymateux ; ceux-ci datent d'époques différentes et tels d'entre eux présentent les caractères des foyers déjà anciens.

Les observations de torsions salpingiennes sont encore trop peu nombreuses pour qu'on en puisse préciser le *mécanisme*. Il semble toutefois que celui-ci se rapporte d'une part à la forme des annexes et, d'autre part, aux modifications des organes et tissus voisins.

En ce qui est de la trompe, elle aura d'autant plus de chance de se tordre et d'être maintenue tordue, que son pédicule est long, mince et peu résistant, que sa partie externe est lourde et volumineuse.

Cette dernière disposition est créée de deux façons différentes : ou bien, c'est la trompe elle-même qui augmente de volume au voisinage du pavillon (salpingite piriforme, obs. de Sutton, de Legueu) ou bien, ce pavillon adhère à l'ovaire hypertrophié lui-même. Il n'est d'ailleurs pas certain que la torsion ne puisse atteindre que les trompes malades. Dans une de nos observations ce sont des annexes saines qui se tordent au cours d'une grossesse. Dans un cas de Warnek la trompe du côté opposé paraît saine et on ne l'enlève pas : par la suite la malade devint enceinte.

Quant aux *organes voisins*, il semble que par leur changement de volume et les modifications de leur situation, ils peuvent déplacer la trompe et en faciliter la torsion. L'*utérus* était le siège de fibromes dans les observations de Legueu et Chabry, de Warnek, de Hirst, de Jacobs. Il était gravide dans une de nos observations.

Pour ce qui est des *adhérences*, leur rôle semble surtout consister à fixer la trompe tordue dans sa situation anormale.

REVUE FRANÇAISE

E. Schwartz. — NOTE SUR LES INDICATIONS ET LA TECHNIQUE DE L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE POUR FIBROMES. STATISTIQUE DE 27 OPÉRATIONS. (*Ann. de gynéc. et d'obstét.*, septembre 1898).

Nous avons pratiqué 27 hystérectomies vaginales pour fibromes, soit 21 à l'hôpital, et 6 sur des malades de la ville ; notre statistique se chiffre par 26 guérisons et 1 mort : c'est donc une opération qui nous a donné toute satisfaction et nous sommes absolument de l'avis de ceux qui la considère comme une excellente intervention.

Toutefois, dans ces dernières années, nous l'avons pratiquée moins souvent, l'hystérectomie abdominale totale nous ayant paru supérieure encore comme sécurité et comme résultats. Jusqu'il y a deux ans, nous opérions par la voie vaginale tous les fibromes utérins dont le point culminant abdominal n'atteignait pas l'ombilic ; ce n'était que lorsque le fibrome s'étalait en largeur et que nous soupçonnions la prise des ligaments larges que nous nous adressions à l'hystérectomie abdominale totale. Actuellement, lorsque le fibrome est franchement abdominal, même s'il reste à 2 à 3 travers de doigt au-dessous de l'ombilic, nous n'hésitons pas à suivre la voie abdominale, ne réservant la voie vaginale qu'aux cas où il y a prolapsus de l'utérus dans un vagin peu profond, ou encore, lorsqu'il existe des fibromes faisant saillie très nettement soit dans les culs-de-sac latéraux, soit dans le cul-de-sac postérieur.

Une autre indication de la voie vaginale nous est encore fournie par la présence de poches ovariques ou tubaires faisant saillie dans le vagin, accessibles par lui, surtout lorsqu'il y a lieu de craindre la contamination de la grande séreuse péritonéale par des liquides plus ou moins septiques.

En somme, les indications de l'hystérectomie vaginale pour fibromes se sont certainement réduites depuis les grands progrès réalisés par l'hystérectomie abdominale totale, et pour notre compte, familiarisé de plus en plus avec cette dernière, nous sommes de plus en plus disposé à la pratiquer pour peu que le fibrome soit volumineux et que le morcellement par conséquent en soit long et pénible ; c'est dire que tous les fibromes qui dépassent le milieu de la ligne pubio-ombilicale sont pour nous justiciables de la laparo hystérectomie et nous sommes tout disposé à élargir de plus en plus ses indications, pour peu que nous pressentions quelques difficultés par la voie vaginale.

Ce qui nous pousse dans cette voie, c'est le souvenir du cas malheureux terminé par la mort, que nous tenons à communiquer et, de plus, celui d'un autre cas où il est survenue une hémorragie à la levée des pinces au bout de 48 heures ; hémorragie heureusement arrêtée par la compression et qui n'a eu aucune suite grave.

Voici la 1re observation :

Il s'agissait d'une Femme de 48 ans. Réglée régulièrement à 15 ans avec douleurs, puis pertes blanches, mariée à 25 ans. Elle a eu une fille à 26 ans, jamais de fausse couche. Depuis quelques années, elle a commencé à souffrir davantage, de telle sorte que tout travail lui est devenu impossible et elle est entrée une première fois à l'hôpital Cochin en mai 1893. Nous portons alors le diagnostic de salpingites non suppurées ou ovaires scléro-kystiques et, espérant pouvoir conserver un des côtés moins malade, nous pratiquons une laparotomie. Celle-ci nous montre un hydrosalpynx à droite, un hématosalpynx à gauche, et des ovaires scléro-kystiques.

On fait l'ablation bilatérale des annexes et l'utérus ne paraît présenter alors aucune altération appréciable.

Depuis l'opération, la malade est revue tous les deux mois régulièrement. elle ne souffrait plus. Elle est restée en très bon état pendant 18 mois ; depuis, elle a recommencé à souffrir dans les reins, les cuisses, le bas-ventre ; depuis 6 mois également, elle a des pertes séreuses très abondantes mais ne perd pas trop de sang, elle a des envies fréquentes d'uriner. surtout depuis deux mois, et une sensation de poids dans le bas-ventre. L'inspection du ventre nous montre les traces de notre ancienne laparotomie, aucune hernie, aucune éventration à la palpation, il y a un peu de douleur au-dessus du pubis, rien dans les côtés : le toucher et le palper nous font sentir une masse dure, de consistance fibreuse, remplissant tout le cul-de-sac antérieur mobile sur l'utérus, se déplaçant plutôt à droite. L'utérus devient volumineux et douloureux à la pression. Nous pensons à une métrite parenchymateuse avec corps fibreux et conseillons une hystérectomie vaginale secondaire.

L'opération est pratiquée le 25 janvier 1895.

On libère le col dans un premier temps et l'on place de chaque côté une pince sur les ligaments larges : nous faisons remarquer à ce moment à nos élèves la gracilité des tissus sur lesquels nos pinces sont placées : il n'y a pas là cette épaisseur des parties molles que nous sommes habitués à pincer ; l'utérus s'abaisse difficilement, un peu mieux après que nous avons énucléé un fibrome gros comme un petit œuf ; le fond de l'utérus apparaît à la vulve : à ce moment une des pinces utérines, la droite, se détache spontanément sans qu'on ait exercé sur elle aucune traction ; compression à l'aide d'un tampon pour achever rapidement l'opération par le pincement de haut en bas des ligaments larges : l'utérus enlevé, pendant que je cherche à placer une pince sur l'utérine droite qui donne à grand jet, la pince gauche tombe à son tour entraînant un segment de l'utérine gauche avec elle. Me trouvant en face d'une hémorragie par les deux utérines, je fais tamponner, renverse la malade en position de Trendelenburg et pratique aussitôt une laparotomie qui me permet de pincer rapidement les 2 vaisseaux par le ventre ; comme je crains de voir les vaisseaux se couper par la striction d'un fil, je laisse les pinces utérines à demeure, les faisant sortir entourées de gaze iodoformée par la plaie de la laparotomie. Pansement vaginal habituel.

L'opérée est reportée dans son lit, réchauffée ; on lui fait des injections sous-cutanées de sérum.

Le premier jour, pas de fièvre ; pouls un peu rapide mais non petit ; le lendemain, vers quatre heures du soir, sans température, vomissements, elle est prise de délire, crie, veut se lever, voit des Animaux qui la menacent, chante et rit, puis elle tombe dans un état demi-comateux et succombe à 11 heures du soir.

L'autopsie permet d'affirmer qu'il n'y avait aucune trace d'infection péritonéale ; par contre, il y avait une artério-sclérose généralisée et telle, au niveau des artères utérines, qu'elles se déchiraient avec la plus grande facilité.

Telle est l'histoire de notre unique insuccès dans nos 27 hystérectomies vaginales pour fibromes.

Jusque-là, j'avais toujours suivi la technique opératoire suivante :

(1) *Loc. cit.*, p. 17.



après fixation du col par deux pinces latérales, section circulaire de l'insertion vaginale, décollement en avant et en arrière et placement de deux pinces à morts courts sur l'étage inférieur des 2 ligaments larges, puis section médiane et morcellement en terminant par le pincement de haut en bas des 2 ligaments larges, enlevant ou non trompes et ovaires, suivant leur état, suivant l'âge de la malade ; il m'est arrivé plusieurs fois de voir se produire au point de rencontre des pinces supérieures et inférieures, une petite hémorragie facilement réprimée par le placement d'une pince longuette saisissant le point intermédiaire. Depuis l'accident rapporté plus haut, malgré ce qu'il a certainement d'exceptionnel comme conditions, je me suis appliqué à pincer toujours, autant que possible, les ligaments larges de haut en bas sans faire d'hémostase préventive des artères, sectionnant, une fois le morcellement terminé et l'utérus amené au dehors, ce dernier de bas en haut ou de haut en bas, ce qui facilite certainement, comme l'a montré notre collègue Quénu, le placement des pinces, surtout lorsqu'on a affaire à des Femmes ayant un utérus difficilement abaissable par rigidité ligamentaire ou étroitesse des voies génitales.

En somme, nous pensons que l'hystérectomie vaginale est une très bonne opération, tant qu'elle s'adresse à des fibromes petits ou de moyen volume ; et, dans ces cas, la section médiane de l'utérus avec placement des pinces de haut en bas me paraît être la méthode la plus sûre au point de vue des surprises opératoires ; dès que le fibrome s'élargit, s'infiltre dans les ligaments, s'il dépasse la moitié de la ligne pubio-ombilicale, nous recourrons à l'hystérectomie abdominale totale que nous emploierons toujours d'autant plus volontiers qu'il n'y aura pas du pus du côté des annexes, les lésions suppurées pouvant infecter le péritoine.

H. Hartmann. — DU TRAITEMENT DES MÉTRITES PAR LES LAVAGES INTRA-UTÉRINS SANS DILATATION PRÉALABLE. (*Ann. de gyn. et d'obstétrique*, sept. 1898.)

Les lavages intra-utérins, préconisés par un certain nombre de gynécologistes allemands dans les métrites simples, ne sont guère employés en France dans le traitement des métrites. Partis tout d'abord de simples instillations intra-utérines, les gynécologues sont peu à peu arrivés, grâce aux perfectionnements de l'outillage, à faire de grands lavages de la cavité utérine.

Pour pratiquer ces injections, on a eu recours à des appareils très divers. En 1892, Aug. Reverdin présentait au congrès de chirurgie un dilatateur-irrigateur utérin qu'il avait fait construire dans le but de faire de grands lavages intra-utérins.

« Cet instrument, dit-il (1), se compose de deux branches longues de 29 centimètres, réunies par une articulation à pivot. En arrière de cette articulation, les branches s'inclinent vers le bas pour se terminer par deux anneaux. Une crémaillère située à quelques centimètres en avant de ceux-ci, permet que l'instrument reste ouvert, lorsque la pression des doigts a agi. Un ressort est placé sous la crémaillère, ce qui facilite sensiblement son jeu.

« A partir de l'articulation, les mors décrivent une courbe légèrement concave en avant. La branche gauche, creusée en gouttière, reçoit la droite qui n'est autre chose qu'une sonde creuse, percée, au voisinage immédiat du bouton qui la termine, d'une large fenêtre qui regarde la branche gauche. C'est par cette sonde que le liquide arrive et à travers cette fenêtre qu'il va frapper tout d'abord la branche opposée pour se répandre ensuite dans toute la cavité utérine.

« L'emploi de l'instrument est fort simple : facilement introduit dans l'utérus, vu son peu de volume, ses branches en sont écartées suivant le besoin, la crémaillère maintient cet écartement, et pendant que l'opérateur soutient de la main gauche l'instrument, il peut, de la droite, ajuster le tube de caoutchouc qui descend du récipient placé au-dessus de lui.

« Il est clair que l'eau et les détritus qu'elle ramène trouveront un large espace de sortie entre les branches du dilatateur et qu'en aucun cas la sonde ne pourra être obstruée. Quant au volume de l'instrument, il peut varier, cela va sans dire, mais il est rarement utile d'avoir recours à un dilatateur irrigateur trop volumineux.

Celui que j'ai adopté a, vers son extrémité, le diamètre d'une sonde n° 18. Une bonne précaution à prendre, lorsqu'on se sert de cet instrument, c'est de faire couler le liquide antiseptique, avant et pendant qu'on l'introduit et de n'arrêter le courant que lorsque l'instrument est complètement retiré. »

Comme cette sonde dilatatrice de Reverdin ne peut être introduite facilement dans un utérus *non dilaté*, Jayle l'a fait modifier par Collin, de manière à en rendre l'introduction aussi facile que celle d'un hystéromètre ; il suffisait, pour cela, de lui donner la forme d'une *grande pince très fine*, dont une branche serait creuse et l'autre très amincie et creusée en gouttière, destinée à recevoir la première quand la pince est fermée. Le bec de l'instrument doit pouvoir s'engager facilement dans l'orifice n° 12, de la filière Charrière. Quand les branches s'écartent, elles divergent légèrement de façon à épouser, en quelque sorte, la forme même de la cavité utérine, triangulaire avec sommet inférieur.

(1) *Congrès de chirurgie de Paris*, 1892, p. 779.

Les lavages pratiqués avec cette sonde sur des utérus extirpés ont montré que toute la cavité utérine n'était pas parfaitement irriguée : les branches de la sonde, s'appliquant sur les bords droit et gauche de la surface interne de l'utérus, empêchaient le liquide de parfaitement imbiber ces points d'application de l'instrument. Pour remédier à cet inconvénient, M. le Dr Jayle a fait construire un second modèle de sonde dont les branches s'ouvrent perpendiculairement au sens de celles de la précédente de cette façon, en employant alternativement l'une et l'autre sonde, on est assuré que la cavité utérine est parfaitement irriguée dans toutes ses parties par le liquide antiseptique.

Pour faire ces lavages, il faut, nous dit M. Manfredi (1), procéder de la manière suivante :

« La malade étant mise dans la position obstétricale, nous la touchons tout d'abord pour nous rendre compte de la position du corps de l'utérus et de la situation du col dans le vagin. Ce dernier renseignement est d'une extrême utilité pour l'introduction du spéculum, car il permet d'introduire ce dernier dans la direction et à la profondeur voulues, de telle sorte que le col se trouve « chargé » sans tâtonnements, sans fausses routes, sans douleurs pour la malade.

Le spéculum étant en place et le col à découvert, on nettoie col et vagin à l'aide d'un ou de plusieurs tampons trempés dans une solution faible de sublimé.

On pratique ensuite l'hystérométrie qui permet de contrôler les renseignements fournis par le toucher au sujet de la position du corps utérin et aussi qui permet de connaître les dimensions de la cavité utérine.

Rappelons que cette opération ne doit jamais être faite si l'on n'est pas absolument certain que la Femme n'est pas enceinte. Il ne suffit pas de savoir quand elle a eu ses dernières règles : il faut aussi s'assurer qu'elles ont été aussi abondantes que de coutume, que le corps de l'utérus n'est pas augmenté de volume. En un mot, il faut rechercher avec soin les signes de probabilité d'une grossesse au début.

Alors — et alors seulement — l'hystérométrie sera pratiquée et elle sera pratiquée avec douceur : il ne faut jamais forcer. Si l'on ne peut franchir l'orifice interne du col, on saisira une des lèvres du col avec une pince tire-balle et on l'attirera doucement vers la vulve. Dans l'immense majorité des cas, cette simple manœuvre suffira pour permettre l'introduction de l'hystéromètre.

Quand l'instrument est introduit jusqu'au fond de l'utérus — cela est, en général, facile à sentir — on le saisit avec une pince au ras du col et l'on mesure ainsi la profondeur de la cavité utérine.

L'opérateur sait maintenant dans quelle direction et à quelle profondeur il doit introduire la sonde, et l'opération est d'une simplicité extrême.

Après s'être assuré qu'elle n'est point bouchée, l'opérateur saisit la sonde de la main droite, comme un porte-plume, en tenant sa concavité en haut si l'utérus est en antéflexion, en tenant sa concavité en bas dans le cas contraire. L'instrument est ensuite introduit dans l'utérus, absolument comme un hystéromètre ; on écarte alors les branches et on fait passer le liquide après avoir fait communiquer la sonde avec le tuyau en caoutchouc du récipient Avant d'introduire la sonde, il faut toujours avoir grand soin de s'assurer que le liquide qui s'en échappe est suffisamment chaud. La durée de l'injection varie en général de cinq à dix minutes.

Il est bon de retirer la sonde avant l'écoulement complet du liquide ; de cette façon, en ayant soin de la retirer doucement, on baigne les parties de la muqueuse utérine sur lesquelles appuyaient les branches écartées et qui, par cela même, ont été soustraites à l'action du liquide.

Quant au pansement consécutif, il est des plus simples : on introduit dans le vagin deux tampons, dont le plus profond est imbibé de glycérine ichtyolée au 1/10 après une injection iodée. Après une injection de gélatine, on imbibe le premier tampon de la solution même qui a servi à l'injection.

La malade doit garder ces tampons jusqu'au soir ou jusqu'au lendemain matin ; avant de venir prendre son injection intra-utérine, elle reçoit une douche vaginale de 20 à 30 litres d'eau à 45 degrés environ qui lave et assouplit la muqueuse.

Les différentes solutions antiseptiques, que nous avons employées et vu employer à la consultation de l'hôpital Broca, ont été les suivantes : le chlorure de zinc à 1 p. 100, le nitrate d'argent à 1 p. 100, l'itrol ou citrate d'argent à 2 p. 1000, le sublimé à 1 p. 4000, le permanganate de potasse à 1 p. 1000, l'iode à 1 p. 1000 (2) et à la gélatine stérilisée.

Les injections au sublimé, au permanganate de potasse et à la solution iodée sont les plus recommandables.

(1) MANFREDI. *Traitement des métrites par les lavages intra-utérins sans dilatation préalable.* Th. de Paris, 1897-1898, n° 230.

(2) La solution iodée est la suivante :

Iode	260
Iodure de potassium	520
Eau	1950

Les accidents observés seraient très rares ; seules les malades nerveuses supportent assez mal les premiers lavages intra-utérins qui leur sont faits. Cependant, au bout du troisième ou quatrième lavage, la tolérance devient presque toujours habituelle ; elle disparait, au contraire, si l'on interrompt la série de ces lavages.

Si l'on en croit les observations relatées par M. Manfredi à la fin de sa thèse, les résultats que donnerait ce mode de traitement sont excellents.

Sur 16 métrites simples, il a obtenu 15 guérisons.

Dans les métrites compliquées de lésions annexielles légères (14 cas) il a eu de véritables guérisons ; dans les métrites compliquées de lésions annexielles graves on n'obtient qu'une amélioration relative portant principalement sur les écoulements sans grande modification des douleurs.

Sans partager l'optimisme excessif de l'auteur, nous pensons qu'il y a lieu d'expérimenter cette méthode dans les métrites suppurantes sans lésion trop avancée du col, nous rappelant toutefois qu'un traitement plus simple (bains et injections vaginales convenablement prises) suffit dans bien des cas pour amener la guérison. C'est pourquoi nous ne le mettrons en pratique qu'après échec de cette première médication.

REVUE AMÉRICAINE

J. Eastman. — QUELQUES CAUSES DE TROUBLES NERVEUX. (*Annals of Gyn. and Pediatry*, août 1898.)

Il résulte un grand avantage de la collaboration des neurologistes et des gynécologistes : il est souvent, en effet, fort difficile de déterminer, dans un cas donné, si une malade éprouve une manifestation locale de sa neurasthénie générale ou si, au contraire, la neurasthénie est l'expression générale d'une affection pelvienne. Beaucoup de praticiens localisent à l'utérus et aux ovaires tous les troubles pelviens : il en est d'autres, qui rejettent à peu près complètement l'influence de ces organes. Etheridge, de Chicago, a montré récemment quelle influence profonde exercent sur les centres nerveux les déchirures du périnée, même apparemment légères, et quel bénéfice retirent ces malades, au point de vue de leurs troubles nerveux, d'une restauration périnéale bien faite. L'orateur pourrait citer 20 ou 30 cas d'excitation sexuelle continue, ne pouvant être satisfaite que par la masturbation, et complètement guéris par la réfection du périnée. Il rapporte le cas d'une jeune Femme, internée depuis un an dans un asile d'aliénés, et considérée comme incurable. Après un examen minutieux, on trouva, à côté d'un appareil génital normal, une trompe scléreuse et obstruée. L'ablation de cette trompe et de l'ovaire correspondant fut rapidement suivie d'une guérison que n'avaient pu obtenir les traitements antérieurs les plus judicieux. Depuis longtemps, il a l'habitude, à chaque laparotomie, d'explorer l'appendice cœcal, comme cause possible et assez fréquente de troubles nerveux, et il a vu, plus d'une fois, ceux-ci disparaître après résection de l'appendice malade. S'agissait-il d'un simple effet psychique de l'opération, il est difficile de le dire, mais on a accusé l'irritation intestinale de provoquer l'épilepsie. Un autre état qui mérite attention, c'est la coccycodynie et, neurologistes aussi bien que gynécologues devraient ne pas omettre d'explorer le coccyx par le rectum. La résection du coccyx a guéri plus d'un cas, témoin celui d'une malade guérie en 4 semaines après l'opération, laquelle avait eu les 2 ovaires enlevés, avait subi pendant un an, dans un sanatorium, du massage, de l'hydrothérapie, etc., et avait été déclarée incurable par un médecin éminent. Il est bien certain que les affections pelviennes produisent des troubles nerveux d'ordre général et il est nécessaire, dans ces cas associés, de commencer par le traitement médical de la neurasthénie et de compléter la cure par l'intervention chirurgicale appropriée.

William Humiston. — INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE DANS LES TROUBLES NERVEUX. (*Annals of Gyn. and Pediatry*, août 1898.)

Les troubles fonctionnels du système nerveux, dans les cas gynécologiques, sont si largement répartis dans tout l'organisme et leurs symptômes si complexes, que les chirurgiens gynécologues ont encore à lutter contre une grande défiance de la part des praticiens, en raison de l'audace de quelques brillants gynécologues : cependant, il n'en est pas sans doute, qui consentent à opérer sur des organes sains pour traiter des phénomènes nerveux. La collaboration professionnelle prolongée de Humiston avec un distingué neurologiste lui a permis d'acquérir, sur la question, une certaine expérience et de se faire une opinion sur les indications et contre-indications de l'intervention chirurgicale. Si, après un examen minutieux du neurologiste, il n'est relevé aucune lésion du système nerveux et que, d'autre part, l'histoire de la malade indique une exacerbation des symptômes au moment des règles, les droits du gynécologue sont acquis et il doit faire un examen local. La constatation d'une lésion autorise alors l'intervention. Les lacérations du périnée, les déchirures du col, surtout si celui-ci est érodé, scléreux, kystique, la sclérose de l'utérus, l'endométrite avec hypertrophie de l'organe, les divers déplacements, surtout avec fixité et adhérences, le prolapsus et la dégénérescence kystique des ovaires, la sclérose de l'albuginée, toutes les causes de dysménorrée, etc., sont autant de puissants facteurs des troubles nerveux et lorsqu'ils sont constatés, après qu'on a établi l'intégrité anatomique du système nerveux et après échec des traitements médicaux, la chirurgie pelvienne est parfaitement autorisée. L'orateur cite plusieurs exemples concluants.

D'autre part, la contre-indication aux opérations pelviennes réside dans la démonstration de modifications anatomiques du système nerveux, surtout s'il y a une tendance héréditaire au dérangement mental. On ne peut, en effet, attendre de l'acte chirurgical la reconstitution des éléments nerveux ; tout ce qu'on pourrait obtenir, ce serait une existence plus supportable pour les aliénées, du fait de la guérison de leur affection pelvienne. Un facteur dont on doit tenir compte aussi, c'est l'ancienneté de la folie et l'influence que la menstruation peut exercer sur les symptômes.

En résumé : l'indication opératoire réside dans la constatation de modifications anatomiques dans les annexes utérines, avec exacerbation des symptômes au moment des règles. La contre-indication est établie par les modifications anatomiques du système nerveux avec tendance au désordre mental.

M. Gross. — DE LA DOULEUR COMME SYMPTÔME DANS LES MALADIES DES ORGANES ABDOMINAUX. (*New-York med. J.*, 12 fév. 1898.)

La douleur seule suffit rarement à asseoir un diagnostic, mais elle guide l'examen.

Les irradiations, spécialement accentuées dans les lésions abdominales, sont de nature à tromper sur sa localisation et à sa réelle interprétation : leur direction est généralement centripète vers l'estomac ou la région hypogastrique ; d'autre part, l'irradiation de la région gastrique se fait plutôt en haut, latéralement et en arrière, vers l'épine dorsale. Aussi, bon nombre de malades localisent à l'estomac, les sensations douloureuses qui ont leur siège réel à l'épigastre (hypéresthésie cutanée, point épigastrique de Briquet.) Une autre sensation douloureuse est le ballottement, caractérisé par une douleur au moment où on retire la main qui vient de presser profondément certaines régions abdominales (points de Burkhart). Ce phénomène est fréquent chez les hystériques et surtout chez les neurasthéniques, mais ne suffit pas, à lui seul, à caractériser la neurasthénie à défaut de ses autres symptômes.

L'utérus et ses annexes sont souvent le point de départ d'irradiations variées, surtout vers la région épigastrique : possibles dans les états physiologiques, elles sont bien plus fréquentes dans les conditions pathologiques, aménorrée, dysménorrée, ménopause, lésions chroniques : on connaît les cardialgies qui accompagnent souvent la menstruation et qui ont cédé plus d'une fois à la correction d'une déviation.

De même, les processus péritonitiques et les adhérences cicatricielles post-opératoires donnent lieu à cette irradiation, observée aussi chez l'Homme dans certaines affections génitales. La douleur à la pression de l'appendice xyphoïde, difficile à interpréter, a été notée chez 30 % d'individus sains ; mais elle ne manque que dans 12 % des cas d'affections gastriques. La douleur gastrique spontanée, violente et continue, révèle une lésion réelle de l'estomac, qu'il s'agisse de périgastrite diffuse, d'hyperacidité, d'hyperchlorie, d'ictère, d'hyperesthésie de la muqueuse, etc., elle varie, dans ses heures d'apparition et de durée, suivant le cas, et le mode d'alimentation. Elle s'observe aussi dans la malaria et les états névropathiques. L'auteur analyse ses caractères dans chaque hypothèse. Elle diffère de la douleur de la cholélithiase par le siège de celle-ci sur le bord du foie au niveau de la vésicule. Dans la néphrolithiase, elle s'irradie des reins vers la vessie et les cuisses, vers le méat et les testicules. La région splénique est le siège de douleurs parfois décourageantes par leur ténacité et leur acuité, s'irradiant vers l'estomac et en bas vers la crête iliaque. Elles s'observent dans la périsplénite, l'hypertrophie malarique, l'anémie prononcée, chez les sédentaires, et aussi dans la constipation habituelle ; elle aurait son siège, alors, dans l'angle du plexus du colon. Dans la gastrectasie et enfin dans les lésions latérales gauches de l'utérus et des annexes, cette irradiation splénique a été constatée. L'auteur s'étend sur les irradiations à point de départ intestinal, appendiculaire et hépatique, sur leurs caractères et leur signification. des symptômes douloureux survenant tout à coup, au cours d'affections annexielles, peuvent simuler une attaque d'appendicite, mais, dans celle-ci, la douleur est plus voisine du ligament de Fallope, si les douleurs sont bilatérales, plus prononcées à gauche, il s'agit d'une affection génitale ; du reste, l'histoire de la malade et l'examen local permettent le diagnostic.

R. PICHEVIN, *Directeur-Gérant.*

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE DAIX FRÈRES.
Maison spéciale pour Journaux et Revues.

SOMMAIRE

TRAITEMENT DES GROSSESSES ECTOPIQUES

—

RÉSUMÉ GÉNÉRAL

du Rapport du Dr P. SEGOND, au Congrès périodique de gynécologie, 2e *session, Marseille, octobre* 1898.

« *Toute grossesse extra-utérine diagnostiquée commande l'intervention chirurgicale.* » Quelques grossesses ectopiques peuvent, toutefois, s'arrêter, d'elles-mêmes, dans les premières phases de leur évolution et guérir spontanément, mais elles sont la trop grande exception pour diminuer la portée de cette règle générale.

PREMIÈRE PARTIE

TRAITEMENT DES GROSSESSES ECTOPIQUES DE MOINS DE CINQ MOIS.

I. — **Traitement des grossesses ectopiques de moins de cinq mois évoluant normalement.** — L'ablation totale, par *laparotomie*, du kyste fœtal et des seules annexes intéressées est le traitement de choix. L'ablation par *colpotomie* antérieure ou postérieure a donné des succès, mais il est beaucoup plus sûr de recourir à la *laparotomie*. Peut-être, certaines grossesses jeunes sont-elles justiciables de l'*évacuation par incision. avec suture consécutive et remise en place de la trompe ainsi reconstituée.*

Cas particuliers : — a) *Siège intra-ligamentaire et sous-péritonéo-pelvien du kyste fœtal.* — L'ablation par *laparotomie* reste l'opération de choix. Les seules particularités à noter concernent les *difficultés de l'énucléation*, l'étendue des décollements, et, par conséquent, l'obligation fréquente du *drainage sus-pubien.*

b) *Siège du kyste fœtal dans une corne utérine rudimentaire.* — On doit enlever le kyste par *laparotomie*. Souvent le pédicule est assez petit pour qu'il soit facile de pratiquer l'ablation, sans trop entamer l'utérus. Pour peu que la pédiculisation soit difficile, il faut faire l'*hystérectomie abdominale supra-vaginale ou totale.*

c) *Grossesses tubo-interstitielles.* — Par exception, on peut les enlever par *hystérectomie vaginale* ; mais comme leur diagnostic est impossible sans examen direct, elles relèvent uniquement de l'*hystérectomie abdominale supra-vaginale ou totale.* — Par opposition à cette intervention radicale, il pourrait être avantageux d'ouvrir simplement le kyste dans l'utérus (sorte d'*extériorisation intra-utérine* conseillée par KELLY).

d) *Coexistence, avec la grossesse ectopique, de lésions siégeant sur les annexes de l'autre côté ou d'un néoplasme utérin* (*fibrome ou cancer*). — Durant les *trois ou quatre premiers mois*, alors que le placenta n'est pas encore trop gros, l'*ablation totale par voie vaginale* est certainement l'opération la plus avantageuse. — *Passé cette date*, à cause du volume du placenta et de la friabilité de l'utérus, la *laparotomie* reprend tous ses droits sur l'opération de PÉAN. — Si le diagnostic de la coexistence en question n'est fait qu'après ouverture du ventre, il va de soi qu'il faut, *séance tenante* et *par la même voie*, procéder à l'ablation nécessaire.

II. — **Traitement des grossesses ectopiques de moins de cinq mois compliquées.**

A. — TRAITEMENT DES COMPICATIONS HÉMORRAGIQUES. — Dans la longue série des complications hémorragiques qui s'échelonnent depuis l'*hémato-salpinx* jusqu'à l'*inondation péritonéale*, il y a forcément des *cas limite* dont le mode de traitement variera toujours avec les tendances, le coup d'œil et l'expérience de chaque opérateur. En prenant dans cette série les deux termes extrêmes (l'*hémato-salpinx* et l'*inondation péritonéale*), et deux de ses termes intermédiaires (l'*hématocèle enkystée* et l'*hématocèle à poussées hémorragiques*), on peut toutefois donner une certaine précision aux règles thérapeutiques dont relèvent ces quatre variétés maîtresses.

1° *Traitement de l'hémato-salpinx compliqué ou non d'effraction sanguine intra-péritonéale, mais constituant une tumeur énucléable en totalité.* — L'incision simple de la poche avec nettoyage de sa cavité, puis suture des parois et *remise en place de la trompe ainsi réparée*, est conseillée par quelques chirurgiens. Martin a procédé de la sorte *par le vagin*, et d'autres *par le ventre*. Cette opération très *conservatrice*, et par conséquent séduisante, n'a, sans doute, que des indications exceptionnelles. — Dans l'immense majorité des cas, la seule conduite rationnelle est d'*enlever la trompe gravide avec son contenu*, et les règles du traitement sont exactement les mêmes que pour les grossesses ectopiques évoluant normalement : l'ablation par *colpotomie antérieure* ou *postérieure*, malgré les succès qu'elle a donnés, doit être repoussée comme infidèle et périlleuse. — *Tout hémato-salpinx, compliqué ou non d'effraction sanguine intra-péritonéale, mais offrant les caractères d'une tumeur énucléable, relève uniquement de l'ablation par laparotomie.* — A cette règle, une seule exception, la même que pour les grossesses ectopiques en voie d'évolution normale : quand il y a *bilatéralité des lésions annexielles, ou coexistence d'un néoplasme utérin*, il faut faire la *castration utéro-annexielle totale par le vagin*, durant les quatre premiers mois, et, passé cette époque, *par laparotomie*.

2° *Traitement de l'hématocèle enkystée.* — En présence d'une hématocèle confirmée, sans poussées hémorragiques, et assez grosse pour réclamer l'intervention, c'est *l'incision vaginale qui doit être considérée comme l'opération de choix*. Dans la majorité des cas, elle donne la guérison, avec disparition ultérieure de tous les reliquats anatomo-pathologiques annexiels ou autres. Il est possible que cette guérison définitive ne se fasse pas, et que les indications d'une intervention ultérieure se posent ; mais, la *colpotomie* n'en conserve pas moins *tous les avantages d'une opération d'attente*, simple et bénigne, qui permet de remplir les indications de l'heure présente, sans engager l'avenir. — Quand la colpotomie rencontre quelque difficulté imprévue, comme le *retour de l'hémorragie* ou la constatation de *grosses lésions annexielles exigeant l'ablation*, rien de plus simple, en général, que de remplir aussitôt les indications *par voie vaginale*, soit en enlevant simplement les annexes qui saignent, soit en pratiquant la *castration utéro-annexielle totale.* — La *colpotomie* doit se pratiquer au bistouri, sans le secours d'aucune instrumentation spéciale. La seule précaution à prendre pour lui conserver sa bénignité, c'est de vider la poche avec une *extrême douceur*, d'abandonner, de parti pris, au drainage ce qui ne sort pas facilement, et d'éviter, en particulier, les manœuvres extérieures d'*expression abdomino-vaginale.*

L'*incision vaginale* n'est pas seulement applicable à l'*hématocèle rétro-utérine* proprement dite. Elle permet, aussi, d'ouvrir les *collections plus latérales* et les *hématocèles sous péritonéo-pelviennes.* — Quelques cas particuliers peuvent, toutefois, réclamer une autre voie d'évacuation, comme l'*incision ischio-rectale* ou la *laparotomie sous-péritonéale*. Lorsque cette dernière incision est indiquée, il est prudent de la combiner au drainage vaginal.

La *laparotomie* n'a donc ici que des indications tout à fait exceptionnelles. On doit y recourir à titre d'*opération secondaire*, plus ou moins tardive, quand la colpotomie est impuissante à empêcher l'évolution ultérieure de lésions annexielles non justiciables de l'hystérectomie vaginale. Il est, enfin, nécessaire de la pratiquer d'*emblée*, quand la colpotomie commencée se heurte aux difficultés ci-dessus signalées (*retour offensif de l'hémorragie* ; *grosses lésions annexielles dangereuses à abandonner*), et, bien entendu, quand il est impossible de remplir par le vagin les indications voulues. —



En cas d'hématocèle, la *laparotomie* conduit souvent à des *ablations incomplètes* qui nécessitent le *drainage sus-pubien* combiné ou non au *drainage vaginal*. — Dans les cas trop difficiles et peu satisfaisants, tant au point de vue du pronostic immédiat qu'à celui des suites éloignées, il est probable qu'il vaut mieux faire la *castration abdominale totale*.

3° *Traitement de l'hématocèle à poussées hémorragiques successives*. — Comparativement à ce que doit être le traitement de l'hématocèle enkystée, les *indications* respectives de la *colpotomie* et de la *laparotomie* sont pour ainsi dire *renversées*. On peut tenter la *colpotomie*. Mais au moindre retour de l'hémorragie, il faut être prêt à *laparotomiser* sans l'ombre d'un retard.

4° *Traitement des hémorragies profuses* (*inondation péritonéale*). — A côté des inondations péritonéales, toujours mortelles, quand on n'intervient pas, il y a certainement des *hémorragies très abondantes* susceptibles de s'enkyster, et, par conséquent, *justiciables de l'expectation*. Mais, comme à la phase initiale et dramatique de toute hémorragie profuse, il n'existe pas un seul signe clinique permettant de déterminer les chances d'enkystement ; comme il est maintenant démontré que l'expectation fournit environ 86 pour 100 de mortalité, et l'intervention 85 pour 100 de guérisons ; comme la moindre observation personnelle bien prise suffit à prouver que la laparotomie d'urgence est le seul moyen d'éviter une mort certaine, il n'y a vraiment pas de doute possible sur la meilleure conduite à suivre : *En présence de l'ictus péritonéal révélateur d'une hémorragie grave, il faut, sans restriction, accepter la très formelle indication de la laparotomie, immédiate quand on le peut et, en tout cas, aussi précoce que possible*. — Il ne saurait être ici question d'intervention par *voie vaginale*. — *La laparotomie est la seule opération qui permette l'hémostase dans les conditions voulues de sécurité et de rapidité*.

B. — Traitement des complications septiques et suppuratives. — Ici, comme dans toutes les suppurations pelviennes, l'*incision vaginale* est, sans discussion possible, le traitement de choix des *hématocèles suppurées*, comme de *toute collection purulente bien limitée, uniloculaire et facilement accessible par le vagin*. — L'*hystérectomie vaginale* est l'opération la meilleure, quand il y a *bilatéralité* de lésions annexielles, à cette double condition que l'âge de la grossesse ne fasse pas redouter un *placenta trop gros*, et que l'ensemble de la *masse* à enlever ne soit *pas trop volumineux*. L'ablation par *laparotomie* reste la seule opération rationnelle, quand il y a doute sur les lésions des annexes non gravides, quand la grossesse a dépassé le quatrième mois, et quand l'ensemble de la masse à enlever remonte assez au-dessus du pubis pour être plutôt *abdominale* que *pelvienne*. Cette appréciation ne se fait pas au centimètre. C'est une question de coup d'œil, ou mieux d'exploration bimanuelle, pratiquée par un chirurgien expérimenté.

DEUXIÈME PARTIE

TRAITEMENT DES GROSSESSES EXTRA-UTÉRINES DE PLUS DE CINQ MOIS.

Sauf pour certains kystes fœtaux, la *laparotomie* est ici la seule intervention possible.

I. — **Traitement des grossesses ectopiques de plus de cinq mois avec fœtus vivant.** — Les deux seules questions à discuter sont celles-ci : *Quand* et *comment* faut-il opérer ?

Quand faut-il opérer ? Tout de suite, évidemment, quand la grossesse est *à terme*. Lorsque le fœtus est *vivant*, *mais pas encore viable*, ou même quand il est *viable*, *mais point à terme*, la réponse est plus délicate. — Lorsqu'un *fœtus* est *vivant*, mais à plusieurs semaines de la date minimum de sa viabilité, les dangers à courir sont trop grands et l'*intervention immédiate s'impose*. — Lorsqu'on est au contraire *plus près de l'époque de viabilité*, on peut essayer de *sauver mère et enfant*, à cette condition tout à fait irréductible que *le sauvetage de l'enfant n'entraîne jamais l'ombre d'un péril pour la vie de la mère*. — L'expectation étant décidée dans ces conditions, faut-il opérer dès le septième mois, ou bien attendre le huitième et le neuvième ? A tant faire que d'attendre, si la mère est en parfait état, si le moindre soupçon d'un danger quelconque pour elle nous trouve prêt à une action immédiate, il vaut mieux attendre que le fœtus se développe le plus possible. En somme, et sans qu'il soit possible de mieux préciser, il convient de laisser aux *circonstances* le soin d'indiquer le bon moment de l'intervention.

Comment faut-il opérer ? — L'*élytrotomie* doit être absolument repoussée. Les seules opérations possibles sont ici : l'*extériorisation abdominale* du sac, avec *abandon du placenta* ; l'*extériorisation* avec *ablation du placenta* ; l'*ablation totale du kyste fœtal*. — Les faits le démontrent et la prudence l'exige ; il faut, en règle générale, que l'intervention se borne à l'*extraction du fœtus avec simple extériorisation du kyste* et *abandon du placenta*. — A cette règle, il y a toutefois trois exceptions : la *première* concerne les quelques grossesses tubaires dont la facile énucléabilité peut autoriser l'ablation. La *deuxième* se rencontre quand on se trouve en présence d'une hémorragie par décollement partiel d'un placenta qu'il est indispensable d'enlever complètement pour obtenir l'hémostase. La *troisième*, enfin, répond aux cas dans lesquels il n'y a pas de sac, ainsi qu'il arrive quand il y a *rupture secondaire du sac*, avec *fœtus libre dans la cavité abdominale*. Dans ces conditions, il ne saurait pas plus être question de marsupialiser une poche qui n'existe pas, que d'abandonner un placenta dont l'ablation, coûte que coûte, s'impose aussi nettement.

II. — **Traitement des grossesses ectopiques de plus de cinq mois, dont l'évolution est troublée, soit par une complication proprement dite, soit par la mort du fœtus.**

A. — Traitement des grossesses ectopiques de plus de cinq mois compliquées d'hémorragie par rupture ou de péritonite suppurée. — L'*hémorragie par rupture* commande ici, comme pour les grossesses plus jeunes, la *laparotomie d'urgence*. — L'*extériorisation* du kyste doit être tentée, mais, les difficultés de l'hémostase exigent souvent des *interventions plus complètes* et notamment l'*ablation complète du placenta*. — A son tour, la *péritonite suppurée* ne fait que précipiter l'urgence de la *laparotomie* sans modifier la nature de l'intervention.

B. — Traitement des grossesses extra-utérines de plus de cinq mois avec fœtus mort. — 1° *Grossesse avec mort récente du fœtus*. — Elle est assimilable à la grossesse avec fœtus vivant, au point de vue des complications hémorragiques à redouter. Sauf urgence, il est donc prudent d'attendre que la *circulation inter-kysto-placentaire soit ralentie et de reculer l'intervention* ; à cette condition, toutefois, que *le retard ne dépasse jamais six semaines*. Il importe en effet beaucoup de ne pas attendre le *retour des règles* et les *menaces de rupture* par *hyperdistension kystique* dont elles sont généralement le signal. — La même similitude se retrouve dans le traitement : L'*élytrotomie* doit être repoussée. — Les tentatives d'ablation entraînent des périls si positifs que, abstraction faite des trois exceptions déjà citées (grossesse tubaire, dépassant le cinquième mois sans rupture et offrant une énucléabilité relativement facile ; hémorragie par décollement placentaire ; absence de sac avec fœtus libre dans la cavité abdominale), *il faut, en règle générale, que l'intervention se borne à l'extraction du fœtus avec simple extériorisation du kyste et abandon du placenta*.

2° *Grossesse avec fœtus mort depuis plus longtemps*. — L'*élytrotomie* reprend ses droits, et *devient une bonne opération*, quand le kyste fœtal plonge assez fortement dans l'excavation pour être franchement abordable par le vagin et quand le placenta n'est pas inséré à sa face inférieure. *L'extériorisation abdominale du kyste reste l'opération de choix dans la majorité des cas*, et ses résultats sont d'autant meilleurs que *l'ablation du placenta est ici très indiquée*. — *L'extirpation partielle* du sac peut être faite quand les adhérences ne s'y opposent pas. Avec ce qui reste de cette membrane, il faut alors faire un *sac de dimension minimum*, dont on assure le drainage par une *contre-ouverture vaginale*. Ce procédé a l'avantage de permettre la fermeture de la paroi abdominale, et d'éviter les éventrations consécutives.

Ce *dernier procédé* peut être employé *en cas de fœtus libre*, dans la cavité abdominale, alors que le sac est réduit à ce qui enveloppe le placenta. Mais, en général, *en cas de fœtus libre*, il vaut mieux *enlever le placenta et tout ce qui l'enveloppe*, de manière à faire une toilette pelvienne aussi complète que possible. Lorsquelle est tout à fait satisfaisante, on peut, à la rigueur, fermer complètement la paroi abdominale, sans drainage.

Lorsque le fœtus est dans un *sac complet, l'extirpation totale du kyste* est plus souvent permise ici qu'avec un fœtus vivant ou mort récemment. Mais, ses *indications* n'en demeurent pas moins *exceptionnelles*. — Quant à la *castration utéro annexielle abdominale totale*, c'est, dans le cas particulier, une grosse et grave opération dont les *indications, tout à fait restreintes*, se résument de la manière suivante : *Elle doit être réservée uniquement aux cas dans lesquels une ablation de kyste fœtal ayant été commencée, on juge qu'il serait impossible de la faire isolément, sans manœuvres longues et laborieuses qui dépasseraient la force de résistance des malades. Elle donne alors le moyen de simplifier les choses, d'aller plus vite et d'éviter les inconvénients d'un large drainage sus-pubien. Pour des raisons d'un tout autre ordre, le siège tubo-interstitiel de la grossesse, ou la présence d'un néoplasme utérin concomitant, sont, à leur tour, des indications non douteuses de l'hystérectomie abdominale.*

3° *Grossesse ectopique devenue vieux kyste fœtal toléré sans accident, ou suppuré.* — Un *vieux kyste* n'a de spécial que son *ossuaire* et les manœuvres particulières d'extraction que celui ci nécessite.— Il peut se compliquer de *lésions péritonéales suppuratives* exigeant la *laparotomie* d'urgence, et celle-ci se termine, suivant les cas, par une *extirpation totale*, ou par une *ablation incomplète* avec drainage consécutif. — En général, c'est le *kyste fœtal* qui constitue tout le mal, et trois cas peuvent se présenter.— Tantôt le *kyste* a les mêmes allures qu'une *tumeur annexielle relativement mobile*. Il est alors justiciable des indications opératoires spécifiées à propos du traitement des grossesses ectopiques avec fœtus mort depuis longtemps. — Tantôt le kyste vient s'offrir de lui-même au bistouri, soit par un *plastron abdominal*, soit en *bombant dans l'un des culs-de-sac vaginaux*.— Tantôt enfin, on se trouve en présence d'un *kyste spontanément ouvert* au niveau de l'*abdomen*, dans le *vagin*, dans le *rectum*, ou dans la *vessie*. Dans les deux premiers cas, leur *incision* n'est que l'*agrandissement de la fistule préexistante*. En cas de fistule rectale, il aut, sauf exception, se garder de la mettre à contribution, et *inciser largement par l'abdomen ou le vagin*. Quant aux kystes ouverts dans la vessie, ils peuvent s'évacuer par l'urèthre lorsqu'ils contiennent de très petits fœtus morts avant le cinquième mois ; mais les kystes à plus gros fœtus réclament des interventions plus complexes, telles que leur mise à jour par *cystotomie* ou *laparotomie*.

DISCOURS D'OUVERTURE

prononcé par le Dr S. Pozzi, au Congrès de Gynécologie de Marseille, 8 octobre 1898.

Messieurs,

Je remercie le Comité d'organisation de m'avoir choisi pour présider, dans ce Congrès, la section de gynécologie. S'il a songé à moi, c'est sans doute parce qu'il s'est rappelé que j'étais un des plus fervents adeptes des Congrès scientifiques et que j'avais eu plus de part que beaucoup d'autres à la fondation du Congrès français de chirurgie qui a été l'origine d'une série de réunions similaires dans notre pays. Peut-être aussi a-t-on voulu me récompenser, en me décernant ce grand honneur, d'avoir contribué, dans une faible mesure, par mes publications, à la renaissance de la gynécologie française qui, après une éclipse trop prolongée, a si brillamment reconquis son ancienne place dans le monde.

L'utilité des réunions périodiques d'hommes s'occupant des mêmes études me paraît indiscutable, malgré les attaques dont elles ont été l'objet. On leur a reproché de n'avoir jamais été l'occasion d'une importante découverte, que dis-je, de ne pas toujours parvenir à fixer l'état des questions qui y sont traitées. On a été jusqu'à prétendre qu'elles servaient surtout d'occasion de se produire, et, suivant l'expression consacrée, « de se faire de la réclame » à des personnalités qui n'oseraient affronter la critique plus sévère des Sociétés savantes, ou bien qui recherchent la publicité plus grande de réunions exceptionnelles.

Je n'oserais affirmer qu'il n'y a rien de fondé dans de pareilles critiques. Mais il serait fort injuste de s'y arrêter, sans reconnaître en même temps qu'elles sont l'inévitable revers de toute médaille, et qu'elles ne sauraient prévaloir sur les réels bienfaits de pareilles institutions. Certes, les travaux qui vous seront présentés n'auront pas la même importance, il en sera de modestes, peut-être même de médiocres. Mais tous auront demandé certains efforts à leurs auteurs, excité leur zèle, échauffé leur émulation. N'est-ce pas là, déjà, un résultat que cette incitation au travail, alors même que l'aiguillon en serait parfois moins noble que l'amour désintéressé de la science ? N'est-il pas injuste, enfin, d'oublier les observations importantes auxquelles les Congrès ont permis de se produire, les talents inconnus ou méconnus auxquels ils ont donné une occasion de se révéler.

Au premier examen, ce mélange de travaux d'inégale valeur qui composent un congrès, rappelle l'aspect un peu trouble de certains flacons qu'on vient d'agiter. Mais, laissez quelque temps se passer ; la lie se déposera, les diverses couches de liquide se superposeront, selon leur densité respective ; il vous sera facile de décanter la bouteille, et qu'importe alors que le déchet soit plus ou moins grand, si une partie de la liqueur mérite d'être conservée ?

Enfin, faut-il compter pour rien, dans ces Congrès, le plaisir et le profit qui résulte de la réunion de confrères désireux de se connaître, d'échanger leurs idées, de se renseigner mutuellement ? On a pu avancer que les vraies sessions se tenaient dans l'intervalle des séances, dans les promenades, les visites, les repas où l'on cause librement de sujets scientifiques. — Il y a quelque vérité dans ce paradoxe.

Notre Congrès est essentiellement national ; nous sommes donc entre nous et nous pouvons parler tout à notre aise. Permettez-moi d'en profiter pour traiter ici librement une petite affaire de famille, et, après nous être félicités des progrès accomplis, pour attirer l'attention sur ceux qui nous restent à faire encore.

Trois sections sont ici représentées : l'obstétrique, la gynécologie, la pædiatrie. N'êtes-vous pas frappés de ce fait qu'une partie seulement soit pourvue d'un enseignement officiel ? Il y a dans nos facultés des chaires d'obstétrique et de médecine des enfants. Il n'y en a pas pour la gynécologie et pour la chirurgie infantile, au moins dans la plupart de nos facultés, et à Paris en particulier. Partout, à l'étranger, cet enseignement est largement donné par un ou deux professeurs spéciaux dans la moindre Université. Et ce ne sont pas seulement les grands états comme l'Allemagne, l'Autriche, la Russie, l'Italie, les Etats-Unis qui sont à ce point de vue en avance sur nous. C'est la Suisse, la Suède, le Danemark, la Hollande, pour ne citer que quelques états secondaires. Récemment la Roumanie créait un Institut gynécologique modèle et lui attribuait une dotation annuelle considérable.

Pourquoi nous laissons-nous ainsi distancer ? Il fut un temps où l'on pouvait soutenir que la gynécologie et la chirurgie infantile, encore peu développées faisaient partie intégrante de la chirurgie générale et ne pouvaient en être séparées utilement. Certes toutes les connaissances médicales sont solidaires en théorie et en pratique. On ne saurait donc être un bon gynécologiste ni un bon chirurgien d'enfants si l'on n'a fait préalablement des études générales complètes. Demandez aux élèves des connaissances générales, mais fournissez-leur aussi les moyens de se perfectionner dans telle ou telle direction en suivant des enseignements spéciaux. N'est-ce pas ce qui est déjà reconnu officiellement, nécessaire pour les maladies des yeux, les maladies des voies urinaires, naguère encore parties intégrantes de la chirurgie générale ; pour les maladies nerveuses, les maladies syphilitiques, les maladies médicales de l'enfance, parties non moins intégrantes de la clinique médicale ?

Au point de vue théorique pur, il ne faudrait qu'une chaire unique de biologie ; au point de vue pratique, il en faut autant qu'il y a de parties de la science ou de l'art assez développées pour fournir matière à un enseignement propre.

La Science, dans son évolution perpétuelle, est semblable à un cep puissant dont un même vigneron ne saurait indéfiniment cultiver tous les sarments. Il faut, ou les mutiler sans profit en sacrifiant certaines branches, ou planter celles-ci à côté du tronc d'origine à mesure qu'on les a reconnues aptes à devenir elles-mêmes des rejetons fructueux.

Qu'on ne parle donc pas d'objections de principe. Elles n'existent plus, puisque personne aujourd'hui n'oserait soutenir que la gynécologie ou la chirurgie infantile, capables d'exciter assez d'intérêt pour servir de but à des congrès où se pressent les médecins, n'en ont pas assez pour donner lieu à un enseignement dans nos écoles médicales.

Reste la question budgétaire. Soyez-en assurés : elle cesserait bien vite d'être un obstacle si les Universités élevaient la voix assez haut pour être entendues des pouvoirs publics. La France pourrait-elle être moins soucieuse de son enseignement supérieur que la Suisse ou que la Roumanie ?

Nous nous refusons à le croire, comme aussi nous nous refusons à prêter l'oreille à certaines insinuations qui ne tendraient à rien moins qu'à ravaler cette haute question d'intérêt public, d'intérêt national, aux proportions vulgaires d'une question d'intérêt personnel et professionnel, en donnant à ce mot sa signification la moins élevée.

Non. Le progrès de l'enseignement médical dans notre patrie ne saurait être à la merci des préoccupations de clientèle de quelques princes de la science, jaloux de ne pas laisser morceler leur empire !

Ayons donc confiance dans l'avenir et dans un avenir prochain pour l'accomplissement d'une réforme urgente. Elle est réclamée non seulement par les élèves, mais aussi par tous les médecins désireux de compléter leurs études en suivant des leçons spéciales sur des sujets d'un intérêt pratique de premier ordre. Ce besoin est si grand qu'il s'est créé en certains pays, outre l'enseignement scolaire de l'Université, un enseignement complémentaire, de perfectionnement, relatif aux sujets nouveaux d'étude, aux *spécialités*. Les cours de ces *post-graduate schools* sont d'une utilité que démontre le chiffre considérable de leurs auditeurs. Il suffirait à nos facultés d'adjoindre un petit nombre de chaires nouvelles aux anciennes pour être bien vite à la hauteur de l'enseignement médical des autres nations et combler une lacune qui nous met encore manifestement en état d'infériorité.

Permettez-moi, messieurs, de terminer en formant un vœu auquel je vous prie de vous associer ; puissent la vénérable obstétrique et sa cadette officielle, la médecine infantile, servir un jour prochain de marraines à la gynécologie et à la chirurgie des enfants, leurs sœurs, qui s'agitent encore vainement dans le sein maternel, au cours d'une trop longue gestation !

DE L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE TOTALE

dans le prolapsus utérin.

Par le docteur L. Longuet,

Ancien interne des hôpitaux.

(*Gaz. des Hôpitaux*, 22 septembre 1898.)

C'est pour le prolapsus et pour l'inversion de la matrice que furent pratiquées les premières ablations totales de l'organe utérin. Il y a de cela bien longtemps ; les plus anciennes opérations se perdent dans la nuit des temps. Ce qu'il y a de certain, c'est que l'hystérectomie pour prolapsus est bien antérieure à l'hystérectomie pour cancer ; celle-ci n'ayant vu le jour qu'au commencement de notre siècle. Depuis sa naissance, l'hystérectomie pour prolapsus traversa deux périodes bien distinctes : l'une ancienne qui s'étend jusqu'à l'avènement de l'antisepsie, l'autre récente qui va depuis l'antisepsie jusqu'à l'heure présente.

Première période. — *L'hystérectomie vaginale pour prolapsus dans l'antiquité.* — En cette phase nébuleuse, l'idée d'enlever la matrice prolabée germa plus d'une fois dans l'esprit des anciens. Soranus d'Ephèse (1) parle d'un cas d'ablation de l'utérus suivie de survie. Au XVe siècle Gatenaria (2) dit avoir vu une extipation de ce genre pour prolapsus, se terminer également par la guérison. Au XVIe siècle, Bérenger de Carpi (3) vit extirper par son père, puis extirpa lui-même (1507), enfin fit extirper par son neveu Domitianus (1520), une matrice en prolapsus avec gangrène ; ce fut un succès dans les trois cas. Au XVIIe siècle, Bauhin (4) aurait relaté aussi des exemples analogues. Au XVIIIe siècle, l'idée d'enlever l'utérus sorti hors de la vulve est encore exprimée par Coakley (5) de Birmingham, en 1757, dans une lettre à Smellie. Enfin pour clore cette liste de faits bizarres autant qu'inutilisables pour la chirurgie actuelle, nous rappellerons que Velpeau parle d'une servante de Venise qui s'arracha elle-même l'utérus.

Voici maintenant des observations bien prises et dignes d'intérêt. Langenbeck (6), le premier selon toute vraisemblance, fit l'hystérectomie, au commencement de ce siècle, pour un prolapsus probablement compliqué de cancer. Dans cette extirpation, il laissa, de propos délibéré, une partie du fond de l'utérus, réalisant ainsi un procédé de décortication sous-péritonéale. Les ovaires et les ligaments ronds furent enlevés en même temps. Pour se rendre maître de l'hémorragie qui fut considérable, l'opérateur dut placer quatre ligatures. Deux autres hystérectomies appartiennent aussi à Langenbeck (7), mais il s'agissait probablement de cancer sans prolapsus. Les opérations de Gebhardt (8), en 1836, de Gurgenshen (9), 1838, de Edwards (10), 1864, de Choppin (11), 1867, de Patterson (12), 1876, de Corradi (13), 1876, de Hahn (14), 1877, de Kehrer (15), 1877, de Von Teuffel (16), 1877, portent à 11 les cas d'hystérectomie pour prolapsus pratiqués, depuis Langenbeck jusqu'en 1880. Il est à remarquer que les chirurgiens de cette époque n'ont pas craint de faire l'opération même pour des prolapsus non compliqués d'ulcération, de sphacèle, ni d'autre accident.

Deuxième période. — *L'hystérectomie vaginale pour prolapsus depuis* 1880. — Martin et Kaltenbach [1880 (17)], n'ayant sans doute pas connaissance des cas que nous venons de citer, se considèrent comme les premiers chirurgiens ayant fait l'hystérectomie pour prolapsus irréductible. Müller (18), 1883 (3 cas), Baumgarten-Kehrer (19), 1889, Fritstch (20), 1889, Bœckel (21), 1887, Winiwarther (22), 1888, Léopold et Munchmeyer (23), 1889, (3 cas), Braun (24), 1891, Kiel (25), qui en relate trois cas, Odebrecht, 1892, Ohlshausen-Czempius suivirent, en Allemagne, Martin et Kaltenbach dans la voie de l'hystérectomie pour utérus prolabé.

---

(1) Soranus. *Traité de chirurgie*, au IIe siècle : « Si la partie précipitée, par le progrès du temps et le manque de soins, tombe en putréfaction, ou si, par le contact continuel de l'urine ou des dépôts de saleté, elle vient à s'ulcérer, on doit l'enlever sans aucune crainte de danger. On raconte qu'un utérus ainsi putréfié a pu être enlevé en totalité, et que la malade a néanmoins survécu. » (Cité par Pichevin. *De l'extirpation totale de l'utérus par le vagin*, Paris, 1897.)

(2) Gatenaria. In Malgaigne, *Œuvres complètes d'A. Paré*, 1840 : « J'ai vu, dit Gatenaria, une femme qui avait la matrice pendante entre les cuisses et putréfiée ; on en pratiqua la résection et elle vécut encore plusieurs années après et ne mourut enfin que l'année de la peste de Paris. »

(3) Bérenger de Carpi. In Malgaigne, loc. cit.

(4) Bauhin. Cité par Pichevin, in *Hystérectomie vaginale*. Paris, 1897.

(5) Coakley. Cité par Quénu, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1893.

(6) Langenbeck. Cité par Pichevin.

(7) Langenbeck. In. Malapert, Th. de Paris, 1893, p. 12.

(8) Gebhardt. Cité par Quénu.

(9) Gurgenshen. Cité par Quénu.

(10) Edwards. *Brit. med. Journ.*, 1864.

(11) Choppin. Cité par Asch, *Amer. Journ.*, 1876.

(12) Patterson. *Glascow Med. Journ.*, 1876.

(13) Corradi. *Lo Sperimentale*, 1876.

(14) Hahn. *Berlin. Klin. Wochens*,, 1887.

(15) Kehrer. *Beitr. z Klin. und experim. Geb. gynækol.*, 1879.

(16) Von Teuffel. Cité par Asch.

(17) Martin et Kaltenbach. *Traité clinique des maladies des femmes.*

(18) Muller. Congr. des natur. allemands, Heidelberg, 1883.

(19) Baumgarten et Kehrer. Congr. des natur. allemands, Heidelberg, 1889.

(20) Fritsch. Cas rapporté par Robert Atsch, *Arch. f. Gyn.*, 1889.

(21) Bœckel. *Gaz. des hôpit.*, 1887.

(22) Winiwarther. *Wien. Klin. Wochens.*, 1888.

(23) Leopold et Munchmeyer. *Centralbl. f. Gyn.*, 1889.

(24) Braun *Centralbl. f. Gyn.*, 1891.

(25) Kiel. Dissert. inaug. d'Iéna, 1893.



En Italie, Negretto [1891 (1)] ; en Amérique, Stewartz (1883 (2)], Brenneke [1889 (3)], Coë [1890 (4)], Krug (1890 (5)], Baldy [1893 (6)], Mac Corsch (1892), Beverlee, Mac Monagle, Clarke-Frisch en Angleterre, Goodlee (7) 1886, avaient tous admis et pratiqué l'extirpation totale, alors qu'il n'en était pas encore question en France.

C'est Richelot (8), qui chez nous fit la première hystérectomie pour prolapsus le 25 juillet 1886. Il se servit de pince à demeure pour l'hémostase ; l'opération n'eut aucune gravité, mais le résultat éloigné fut marqué par une récidive de la cystocèle, qui nécessita une intervention complémentaire. Le deuxième cas appartient à Terrillon [1889 (9)] ; le troisième à Gouilloud [1891 (10)], les cinq suivants à Quénu (11). Enfin les observations de Segond (12), les deux faits de Lejars, constituèrent les onze premiers cas sur lesquels M. Quénu put faire le premier travail important qui marque date. Ce travail fut communiqué à la Société de chirurgie, le 20 décembre 1893.

La communication de M. Quénu, fait éclater une longue discussion à la Société de chirurgie. Les nouveaux cas rapportés élèvent en quelques semaines à 58 le nombre des hystérectomies pour prolapsus pratiquées en France. Les orateurs, d'accord pour reconnaître qu'il ne s'agit que d'un traitement d'exception ; d'accord aussi pour la nécessité d'associer à l'extirpation de l'utérus, un traitement de réfection du périnée, prennent place en trois camps. Les uns, en majorité, considèrent l'hystérectomie comme *légitime* pour certains cas spéciaux. Ce sont MM. Segond, Richelot, Reclus, Reynier, Pozzi, Chaput, Monod. D'autres restent dans l'incertitude, comme M. Championnière. D'autres enfin, après l'avoir pratiquée, y renoncent, comme MM. Routier, Le Dentu, Bouilly, Marchand.

Presque en même temps, paraît un mémoire de Hartmann et Du Bouchet (13), réunissant 55 cas de la pratique étrangère et la même année encore Woff (14) étudie la question d'après les faits de Léopold (de Dresde). Ce qui portait le nombre des cas à 120.

En 1895, ce nombre s'élève à 137, par les publications, en France, des cas de Heydenreich, Gross, Vautrin, cités dans la thèse de Lanique (15), et à l'étranger de quelques faits rassemblés par Rauhut (16), auxquels nous ajouterons ceux plus récents de Montgomery (17), Crossen (18), et ceux de Jacobs dans la statistique duquel figurent, en 1896, dix hystérectomies pour prolapsus.

Cet historique prend fin, pour l'instant, avec les communications du Congrès de chirurgie de 1896 ; rien d'intéressant n'ayant été dit depuis. La question mise à l'ordre du jour de ce congrès est le traitement des prolapsus génitaux. A la séance du 23 octobre 1896, M. Bouilly rapporteur accorde une place honorable à l'hystérectomie dans son important travail. A la même séance MM. Péan, Richelot, Schwartz, Delbet parlent accessoirement de l'hystérectomie dans leur communication, mais ces orateurs n'ajoutent en somme rien de saillant à ce qui avait été dit à la discussion de 1894 à la Société de chirurgie. Cette dernière conserve donc jusqu'ici une place prépondérante dans cette histoire.

Indications et contre-indications. — Vagues et indécises à l'origine de la méthode, les indications se précisent aujourd'hui en même temps qu'elles s'élargissent. Qu'il soit bien entendu, tout d'abord, que l'hystérectomie vaginale pour prolapsus, *à elle seule*, est insuffisante à assurer la guérison. Comment pourrait-il en être autrement ? Elle ne répond qu'à l'une des indications du complexus morbide, elle supprime la chute de l'utérus, mais contre l'effondrement de tous les tissus pelviens, contre la cystocèle, contre le déroulement de la paroi vaginale postérieure, elle demeure sans effet. D'où cette première conclusion, que l'hystérectomie pour prolapsus réclame comme auxiliaire une série de petites opérations combinées, du groupe des colpopérinéorraphies qui, elles, visent les autres éléments du syndrome. Cette vérité est parfaitement établie à l'heure présente, et Quénu, Richelot, Pozzi, Bouilly n'ont pas craint d'insister sur ce fait capital qui explique maintes récidives à la suite des interventions incomplètes. En sorte que dans la série opératoire, l'hystérectomie, opération principale au point de vue gravité, n'arrive cependant que comme *acte complémentaire*, au point de vue curatif, car la réfection du périnée et du vagin conserve sa haute valeur d'*acte fondamental*. Parcourez les observations où l'acte fondamental n'a pas été réalisé, et vous relèverez bientôt la récidive. Ainsi dans les cas de Richelot, de Müller, de Baumgarten, de Pierre Delbet, de Hartmann et de tant d'autres, il a fallu en venir ultérieurement à une colpopérinéorraphie secondaire.

L'hystérectomie ne convient qu'à un *nombre restreint de prolapsus*. Tel est le deuxième axiome qu'il convient d'énoncer avant de pénétrer dans le détail des indications. C'est l'*opération d'exception*, et la généraliser à tous les prolapsus, ce serait signer sa condamnation. Lorsque les promoteurs de la méthode, comme Quénu, Pozzi, sont venus établir sa « légitimité », ils ont bien pris soin de spécifier que la suppression totale n'est applicable qu'à un petit nombre de cas ; la très grande majorité des prolapsus n'est justifiable que des opérations simples. La preuve en est que Quénu, en l'espace de six ans, n'a eu que sept fois l'occasion de faire l'ablation totale. De même Richelot n'en rapporte que six faits personnels.

Ces préambules bien établis, les indications de ces cas exceptionnels peuvent actuellement être groupées dans l'ordre qui suit : sont justifiables de l'hystérectomie.

I. — Les prolapsus compliqués de fibrome, de cancer, de métrite gangréneuse et de salpingite grave. En pareille occurrence, il n'est pas permis d'hésiter, puisque la maladie concomitante, à elle seule, réclame l'extirpation.

II. — Les prolapsus graves, « chez les Femmes qui ont dépassé la ménopause, ou qui s'en rapprochent tellement que toute grossesse devienne absolument improbable » (Quénu). Passé la ménopause, qu'on ne vienne pas objecter que l'utérus est indispensable. Mais il y a plus, non seulement, « c'est un meuble inutile », comme le dit Richelot (1), mais c'est un réservoir septique et dangereux. Quant à l'ovaire, s'il est vrai qu'il soit nécessaire pour maintenir l'équilibre de tout l'organisme par la sécrétion dont il est le siège, rien de plus simple que de le laisser en place lorsque aucune lésion ne justifie son ablation.

III.— Pour Pozzi, l'hystérectomie vaginale peut être nécessaire « pour permettre la reconstitution du périnée dans le prolapsus génital complet ». Ainsi formulée, cette indication est d'ordre technique ; elle a pour but de faciliter l'acte fondamental ; elle rendrait possible une large résection du vagin, résection impraticable dans les limites voulues tant que l'utérus est en place.

IV. — Une autre indication peut se tirer du *volume* des parties prolabées, et de leur incoercibilité. Pour Pozzi, l'hystérectomie est indiquée, si les parties à réduire, c'est-à-dire l'utérus et les parois vaginales, ont acquis un tel volume que, comme dans les anciennes hernies, elles ont *perdu droit de domicile*. Ou encore, pour parler en termes plus précis, « lorsqu'on trouvera, par la palpation et le cathétérisme, l'utérus allongé ou hypertrophié, de telle sorte que la réduction portera un obstacle évident au succès de la reconstitution du périnée. En pareil cas, le vagin éversé a aussi pris des dimensions exagérées, si bien que les mêmes raisons existent pour en supprimer un segment. L'hystérectomie doit donc bien être alors, dans toute l'acception étymologique du mot, une *colpo-hystérectomie.* » Cependant les gros utérus ne sont pas seuls justifiables de l'exérèse, car, à l'inverse des *gros* utérus dont parle Pozzi, il nous faut faire une place aux petits utérus atrophiés.

(1) Negretto. *Ann. d. obst. e gyn.*, Milano, 1891.
(2) Stewartz. *Med. Rec. New-York*, 1883.
(3) Brenneke. Cité par Secheyron, Paris, 1889.
(4) Coë. *Amer. Journ. of obstet.*, 1893.
(5) Krug. *New-York obstet. Soc.*, 1890.
(6) Baldy. *Journ. Amer. of. obstet.*, 1893.
(7) Goodlee. *Brit. Med. Journ.*, 1886.
(8) Richelot. Th. de Madec, 1886.
(9) Terrillon. *Leçons de clinique chirurgicale*, 1889.
(10) Gouilloud. *Lyon méd.*, 1891.
(11) Quénu. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1893.
(12) Segond. Leçon clin. du 29 nov. 1893.
(13) Hartmann et Du Bouchet. *Ann. de gyn. et d'obstét.*, 1894.
(14) Woff. Soc. des méd. russes, Moscou, 9 déc. 1894.
(15) Lanique. *Hystérectomie vaginale pour prolapsus*, Th. de Nancy, 1895.
(16) Rauhnt. Dissert. inaug. de Halle, 1895.
(17) Montgomery. Hystérectomie vaginale pour prolapsus, *Med. News*, 28 mars 1896.
(18) Crossen. Hystérectomie vaginale pour prolapsus, *Western. Med. Gaz.*, nov. 1897.

(1) Richelot. *De l'hystérectomie vaginale contre le cancer*, Paris, 1884, p. 305.



V. — Bouilly ajoute comme indication le cas « où l'utérus *petit*, atrophié, est complètement sorti hors de la vulve, entouré de tous côtés par un prolapsus vaginal total. Il faut alors admettre une telle distension des ligaments utérins qu'on ne peut rien espérer de leur action ultérieure. En outre, l'hystérectomie vaginale permet une large résection vaginale, qui ne serait pas possible sans l'ablation préalable de l'utérus ».

VI. — L'hystérectomie peut devenir indiquée lorsque, le prolapsus étant très considérable, les autres moyens de traitement ont échoué. D'après Léopold, de Dresde (1), qui insiste sur cette éventualité, l'hystérectomie serait l'ultime ressource. En vérité, y a-t-il intérêt à toujours attendre l'échec des traitements plus simples ? Faut-il regarder l'hystérectomie comme un pis-aller ? C'est trop douter de sa valeur.

VII. — A côté de l'incoercibilité par augmentation de volume, mise en relief par Pozzi, MM. Segond et Léopold trouvent aussi une indication de l'hystérectomie dans l'*irréductibilité*. Que faire de mieux d'un utérus qui ne rentre ni de gré ni de force, sinon le supprimer ?

VIII. — Avec ce qui suit, nous entrons dans l'incertitude : l'*atrophie sénile* de la muqueuse vaginale est une indication de l'hystérectomie (Léopold). Or, en face de conditions aussi défavorables, il est à craindre que les résultats soient bien peu brillants. Certains de ces cas déjouent toute thérapeutique, et aboutissent presque fatalement à la récidive du prolapsus vaginal.

Qu'on renverse les propositions qui précèdent et l'on entre dans le chapitre des *contre-indications*. Par exemple, le jeune âge, et l'éloignement de la ménopause sont des contre-indications. Chez les Femmes jeunes, l'hystérectomie en tant qu'opération complémentaire, a son homologue dans l'hystéropexie.

Du côté de l'état général, une raison de s'abstenir de l'hystérectomie découle de la débilité sénile, de la déchéance vitale résultant d'une lésion organique du cœur, des poumons, des reins, ou de toute autre cause (Pozzi). Et, en effet, il ne faut pas oublier qu'il s'agit souvent de Femmes âgées, artério-scléreuses, emphysémateuses, chez lesquelles il s'agit de pratiquer une opération d'une durée toujours notable, puisqu'on s'accorde généralement à exécuter toute la série opératoire dans la même séance. Aussi ne saurions-nous trop insister sur la nécessité de bien calculer au préalable le degré de résistance du sujet et le degré exact de ses tares viscérales. Mais il ne faut pas exagérer. M. Quénu (2) a fait cette remarque que, chez les Femmes âgées, artério-scléreuses, l'hystérectomie vaginale peut rester une opération bénigne, sans retentissement sur l'état général.

Une contre-indication locale, bien établie par Quénu, existe chaque fois que « l'état du périnée et du vagin laisse des doutes sur la possibilité de restaurer utilement l'appareil de soutènement ». Il est à penser que, si l'acte principal de réfection du périnée et du vagin s'annonce comme devant échouer fatalement, l'hystérectomie ne devient qu'un trauma superflu et non justifié.

Enfin, dans cette discussion thérapeutique, considérez aussi les conditions sociales, le besoin de se livrer à une vie active, à des travaux pénibles pour les Femmes de la campagne. Tout cela est à peser, et mérite d'entrer dans la détermination opératoire ; M. Quénu a insisté sur ce point.

Technique. — Les différents procédés d'hystérectomie vaginale se rangent en deux grandes classes.

A. *Les hystérectomies avec hémostase préventive*, associées le plus souvent au *morcellement* (extirpation tri ou multifragmentaire) ;

B. *Les hystérectomies sans hémostase préventive et sans morcellement* (extirpation mono ou bifragmentaire).

Dans le prolapsus, les unes et les autres impliquent l'hémostase avec ligature à l'exclusion des pinces, dans le but d'éviter les pédicules septiques au voisinage de la plaie de colpo-périnéorraphie concomitante. C'est du moins l'opinion de la très grande majorité des chirurgiens.

A. Les hystérectomies avec hémostase préventive et morcellement. — Prennent place ici les opérations comme celle qui a été faite par Richelot (1), le 10 novembre 1892, avec morcellement. Or, dans tous les cas de morcellement, ce chirurgien nous dit que « c'est vers l'utérine que tendent ses premiers efforts. Avec une pince conduite de ce côté, une prise de 3 centimètres en hauteur nous assure l'hémostase » (Richelot, p. 340). La lecture dans le texte d'un grand nombre d'observations, nous a démontré que presque tous les opérateurs, Chaput, Schwartz, Heydenreich, Gross, Vautrin, etc., ont agi de même, et qu'une fois incisés les culs-de-sac, ils se sont de suite portés vers la base des ligaments larges pour y placer, soit une pince, remplacée par une ligature à la fin de l'opération, soit une ligature d'emblée.

Nous avons fait valoir à plusieurs reprises l'incontestable supériorité des procédés qui rejettent toute hémostase préventive en matière d'hystérectomie vaginale. Faut-il faire exception pour le prolapsus ? A notre avis, non. Cependant, les partisans de cette technique auraient, dans l'espèce, un argument sérieux à nous opposer. Il est des utérus prolabés d'une extrême vascularisation, chez lesquels la ligne médiane, par exception, se montre à la section tout aussi vasculaire que le restant du parenchyme. Routier, Schwartz, Chaput, L. Championnière, Reclus ont eu affaire à des cas de ce genre, qui peuvent être très embarrassants, et suffisent à modifier l'opinion, admise partout, que l'hystérectomie pour prolapsus est une opération simple, bénigne et facile. Pour nous, nous pensons que dans ces cas, pas plus que dans les autres, il n'est besoin d'hémostase préventive. A elle seule, la section médiane permet de surmonter aisément cette difficulté. En effet, les pinces à abaissement, appliquées sur la tranche médiane, se chargent d'aplatir cette tranche et, surtout si l'on exerce sur elles quelque traction pour l'abaissement, d'oblitérer momentanément les vaisseaux pendant toute la durée de l'extirpation. Nous ne comprenons guère non plus le morcellement en fait de prolapsus ; l'ablation bifragmentaire, par section médiane, suffit toujours, quelle que soit l'hypertrophie d'un tel utérus, à moins qu'il ne soit bourré de gros fibromes, auquel cas il n'est presque jamais non plus besoin de morceler, l'énucléation, en général, étant tout aussi facilement applicable.

B. Les hystérectomies sans hémostase préventive et sans morcellement (extraction mono ou bifragmentaire). — Nous décrirons seulement deux procédés : celui de Quénu et celui de Fritsch-Pozzi, avec résection vaginale étendue, toutes les variantes d'antan trouvant place à côté de ces deux procédés.

I. *Procédé de Quénu. — Premier temps : Incision vaginale.* — La péritomie du col est faite circulairement, à 2 centimètres environ au-dessus de l'orifice du col, qui est circonscrit complètement avec le bistouri. Assez souvent, il faut tenir compte de l'état de la muqueuse et dévier un peu d'une ligne circulaire régulière, afin d'éviter une ulcération ; passer au-dessus, par exemple, pour la laisser attenante au col. Mais le mieux est encore d'exciser rapidement ces plaies ulcéreuses qu'un traitement désinfectant approprié ne guérit pas toujours, parce que l'incessant contact de l'urine vient sans cesse troubler leur cicatrisation. La blessure d'un diverticule vésical ou rectal n'est pas à craindre dans ce premier temps si l'on se tient toujours à proximité de l'orifice externe, le tranchant du bistouri bien dirigé vers l'axe du canal cervical.

Deuxième temps : Libération de l'utérus ; dissection de la vessie et séparation du rectum. — Ce temps peut être très délicat ; le réservoir urinaire, en partie ectopié, se trouve correspondre à la paroi antérieure du vagin sur une étendue parfois considérable ; la base de la vessie, en cas de prolapsus, est étalée sur une surface de 5 à 10 centimètres. Aussi, ce travail de dissection réclame-t-il les plus grands soins ; à chaque instant une sonde doit être introduite dans la vessie, afin de servir de repère et de prévenir du danger. Dans un des premiers cas de Quénu, dans deux de Lejars, de Hartmann, dans d'autres encore, on signale cette difficulté. Dans ces cas laborieux, M. Quénu a donné le conseil de tailler un mince lambeau de sûreté en plein tissu utérin. La libération du rectum est, au contraire, beaucoup plus simple. On pénètre du premier coup dans le cul-de-sac de Douglas, anormalement

(1) Léopold. In Woff, Soc. des méd. russes, Moscou, 9 déc. 1894.
(2) Quénu. In Th. de Pératé, 1897, p. 55.

(1) Richelot. *L'hystérectomie vaginale.* Paris, 1894, p. 417.

abaissé et souvent rempli d'anses intestinales qu'on refoule, facilement à l'aide de tampons montés sur des pinces. Au contraire, le cul-de-sac péritonéal antérieur est d'un difficile accès. On l'incise dès qu'on le rencontre, sinon il sera ouvert ultérieurement. De toute façon, la libération du tissu paramétrique sera poussée à fond sur la face antérieure et parachevée par divulsion, à l'aide de chaque index introduit en crochet afin de dégager, avec la base de la vessie, les uretères qui s'y rendent et sont ici souvent coudés ou prolabés. Le tout, vessie et ce qui y adhère directement, est récliné en haut par un écarteur, qui se laisse introduire profondément dans la cavité péritonéale, si le cul-de-sac péritonéal est déjà incisé.

Troisième temps : L'abaissement et l'hystérotomie médiane. — La question de l'abaissement ne se pose que partiellement, puisque, dans l'espèce, la partie prolabée de l'utérus est déjà au dehors ; mais il n'en est pas de même pour le fond de l'utérus, qui parfois reste élevé, même avec un prolapsus descendant très bas. C'est pourquoi notre maître, M. Quénu, a continué de faire aussi, pour les prolapsus, la section médiane totale qui déroule, en deux valves latérales, l'utérus anormalement hypertrophié et dont la hauteur sur la tranche de section mesure jusqu'à 15 centimètres dans certains prolapsus. Grâce à cette manœuvre, le fond de l'organe utérin se laisse descendre de chaque côté avec la plus grande aisance ; pendant que chaque moitié de l'organe tourne autour de son pédicule ligamentaire comme rayon, et que chaque moitié du col s'éloigne excentriquement. Il n'a été fait, jusqu'ici, aucune hémostase, ni provisoire, ni définitive. La traction avec les pinces à abaissement suffit à l'hémostase de la tranche, sectionnée aux ciseaux, même dans les cas d'utérus très vasculaire, auxquels nous venons de consacrer plus haut une mention spéciale.

Quatrième temps : Hémostase définitive et excision bifragmentaire de l'utérus. — Lorsque les deux moitiés de l'utérus, complètement séparées, pendent à la vulve, il est très facile de placer en toute sécurité les *ligatures* de haut en bas, c'est-à-dire du bord supérieur vers la base du ligament large. Chacun des deux fragments utérins est pris individuellement dans la main pendant la pose des fils. Ici, pas de pinces. M. Quénu, un des premiers, a insisté sur l'absolue nécessité qu'il y a d'obtenir une réunion *per primam*. Il ne faut donc rien écraser avec des pinces ; ne rien laisser à demeure que des fils aseptiques. Trois ligatures à la soie suffisent pour chaque côté ; elles sont placées avec l'aiguille de Cooper, en dehors des annexes, si ces dernières sont malades et nécessitent l'ablation ; en dedans des annexes, et au ras de l'utérus, chaque fois que l'ovaire et la trompe sont sains. Enfin, chaque moitié d'utérus est excisée de quelques coups de ciseaux, appliqués en dedans des ligatures.

L'hystérectomie *préliminaire* terminée, M. Quénu procède à la fermeture de l'anneau herniaire qui résulte du départ de l'utérus, et pour obtenir une bonne fermeture, il trouve utile de multiplier les plans, comme dans toute hernie, et d'obtenir, si possible, une réunion par première intention.

Cinquième temps : Fermeture de l'anneau herniaire. — Il est indiqué, dans toute hernie, de multiplier les plans de fermeture et d'en obtenir la réunion individuelle : il est possible ici de superposer trois plans.

α. *Fermeture du foramen péritonéal.* — Au moyen d'une suture en bourse ou d'un surjet, les lèvres opposées de l'incision péritonéale sont facilement approchées l'une contre l'autre. Latéralement les points de suture peuvent charger en passant la face postéro-supérieure des ligaments larges abaissés, qui, de ce fait, se trouvent extra-péritonéalisés. Lorsque ce temps opératoire est achevé, après réintégration des organes qui, avant l'opération, descendaient dans l'infundibulum, la cavité abdominale est définitivement fermée par en bas.

β. *Deuxième plan de soutien : Confection de la sangle ligamentaire.* — Pour renforcer le cône péritonéal, c'est une excellente manœuvre que de suturer l'un à l'autre les ligaments larges. S'ils sont courts, on les réunit au niveau de leur tranche ; mais en général il est préférable, vu leur excessif allongement, de les rapprocher sur une ligne plus élevée de leur face postéro-supérieure par des fils isolés, ce qui a pour conséquence d'infléchir et d'abaisser vers le vagin leur bord sectionné. Alors se trouve réalisée une sangle puissante, horizontale et bien tendue, doublant le plan péritonéal, et sur laquelle vient se perdre, inefficace, la poussée abdominale.

γ. *Troisième plan de soutien : Confection d'un plafond vaginal.* — Cette manœuvre consiste simplement à adosser, sans suture spéciale, la tranche vaginale saignante contre la tranche des ligaments larges infléchis. De cette juxtaposition résulte un magma cicatriciel qui suspend le dôme vaginal. Reste à exécuter la réfection du plancher pelvien effondré.

Acte fondamental : La réfection périnéale. — Premier temps : La colporraphie antérieure. — Jusqu'ici le dôme vaginal est faiblement remonté, une colporraphie antérieure, s'il y a cystocèle simple ou double, accentue l'ascension de ce dôme, mais c'est principalement à la paroi vaginale postérieure qu'il faut s'adresser pour obtenir l'ascension maximum (1).

Deuxième temps : La colpopérinéorraphie postérieure — Une colpo-périnéorraphie, presque indispensable parce qu'il y a déroulement de la paroi vaginale postérieure, parachève l'ascension du plafond vaginal, et offre, pour le résultat éloigné, une indiscutable garantie.

Pansement. — Un pansement composé de tampons vaginaux refoule le fond du vagin pendant les trois semaines que la malade reste au lit. Une sonde à demeure dérive l'urine loin du champ opératoire pendant quarante-huit heures. Les tampons vaginaux sont renouvelés suivant les besoins ; on laissera autant que possible les plus élevés s'ils ne paraissent pas souillés.

Un premier point à signaler dans l'opération ainsi décrite est le parti tiré des ligaments larges comme agents de rétraction. Comparables à des lambeaux d'autoplastie, ils se rétractent, entraînant avec eux le dôme vaginal. Cette rétraction cicatricielle, loin de tirer excentriquement sur la cicatrice pour l'affaiblir, ne peut que la remonter et tirer sur le vagin.

Une deuxième particularité, bien digne de remarque, est la confection d'une large sangle, par la suture des ligaments larges, sangle sur laquelle vient se briser la pression abdominale.

Enfin, l'extériorisation des moignons ligamentaires, hors du péritoine, est une manœuvre des plus recommandable. Aussi, Martin [de Berlin (2)] l'a mise à profit.

A part quelques modifications de détail et l'extraction de l'utérus par bascule en arrière, dans le but de disséquer la vessie de haut en bas, le procédé décrit tout récemment par Doyen, dans sa technique chirurgicale, est similaire à celui de Quénu, dont la première description a été donné par lui en 1893 à la Société de chirurgie.

Les ligaments larges forment un moyen de soutien sur la valeur de laquelle je viens d'insister longuement. Cependant, certains chirurgiens ne paraissent pas leur accorder une grande créance, puisqu'ils s'adressent, à leur place, aux grêles ligaments ronds. Delbet (3), par exemple, fait, non une colpopexie supérieure à l'aide des ligaments larges, mais une colpopexie antérieure en utilisant les ligaments ronds ; comme ceux-ci soutiennent en même temps la vessie, la fixation devient une colpo-cystopexie. Deux lambeaux triangulaires de vagin, disséqués au commencement de l'opération, sont suturés après l'enlèvement de l'utérus aux ligaments ronds ; puis ces lambeaux adossés par leur surface cruentée l'un à l'autre, forment par leur adossement une columnisation antérieure du vagin. On ne peut nier, cependant, que par sa vaste surface, la sangle des ligaments larges soit supérieure à la sangle des ligaments ronds, au moins pour lutter contre la poussée abdominale. Aussi, n'utiliser que les ligaments ronds et dédaigner les ligaments larges, c'est, à notre avis, ne pas comprendre la question.

II. *Procédé de Fritsch* (4) *avec la modification de Pozzi* (5) : *L'hystérectomie avec large résection vaginale.* — « Je commence, dit Pozzi, par circonscrire au bistouri, sur la paroi va-

---

(1) *Nota.* — Dans le but de tendre plus haut le plafond vaginal, Czempuis (cité par Bouilly) coupe les ligaments larges le plus loin possible de l'utérus pour y coudre le dôme vaginal. Cette section à distance n'est pas nécessaire. Pour tendre la sangle ligamentaire, il n'y a qu'à suturer, non la tranche, mais la face supérieure des ligaments larges.

(2) MARTIN. Cité par Bouilly.

(3) DELBET. Congr. franç. de chir., 1896.

(4) FRITSCH. Rapporté par Asch.

(5) POZZI. *Ann. de gyn.*, 1894.

ginale antérieure, un grand lambeau triangulaire, dont le sommet répond au méat urinaire et en est distant de 2 à 3 centimètres au plus. La base de ce lambeau comprend dans son écartement le col utérin dont il longe les côtés. Un petit lambeau triangulaire analogue est dessiné au bistouri sur la paroi postérieure ; ces deux triangles inégaux se confondent par leurs bases et forment par leur ensemble un losange allongé d'avant en arrière.

Je dissèque alors aux ciseaux les deux lambeaux de la muqueuse du vagin. Pour faciliter ce temps, il faut placer une sonde d'Homme dans la vessie et en promener le bec sous l'endroit que l'on dissèque. Il faut également bien tendre les parties à l'aide de pinces tire-balles fixées sur les limites du champ opératoire. Lorsque les deux lambeaux vaginaux sont disséqués et pendent en avant et en arrière du col, on se trouve dans les conditions de l'hystérectomie ordinaire, avec cette différence que la vessie affecte ici des rapports plus intimes et plus étendus avec le col de l'utérus élongé.

Je dissèque aux ciseaux la vessie, et à mesure que le col utérin devient libre, je l'incise de bas en haut sur sa face antérieure, et je tire les pinces sur la tranche de l'incision, de façon à abaisser de plus en plus l'organe. On peut ainsi arriver, dans certains cas, jusqu'au cul-de-sac vésico-utérin. Mais, si l'on éprouve trop de difficultés, on doit renoncer à l'atteindre d'emblée, à passer immédiatement au temps suivant. Celui-ci consiste dans l'ouverture du cul-de-sac de Douglas avec les ciseaux. Sur cette ouverture, on peut alors recourber les doigts en crochet par delà l'utérus, et, grâce à cette manœuvre, déprimer le cul-de-sac vésico-utérin et parvenir à l'inciser. L'utérus étant ainsi amplement dégagé sur ses deux faces, on procède à la ligature des ligaments larges. On parvient ainsi à dégager suffisamment l'utérus pour pouvoir saisir sa face postérieure et le faire basculer d'avant en arrière, pour achever de lier les ligaments larges de leur sommet à leur base. Aucune manœuvre spéciale n'est nécessaire pour fixer le fond du vagin aux moignons des ligaments larges ; le processus cicatriciel se chargera de ce soin.

Reste à réunir la large plaie vaginale, qui laisse à découvert une grande partie de la surface de la vessie En avant, cette réunion est faite au catgut, à l'aide d'une suture continue à trois plans superposés. En arrière, on place simplement quelques points séparés de suture au catgut, de manière à réunir la plaie qui résulte de l'ablation du petit lambeau vaginal postérieur. Avant de la serrer, on introduit une mèche de gaze iodoformée, au niveau de l'espace qu'occupait l'utérus enlevé.

Enfin, dans un dernier temps, on pratique une périnéorraphie par dédoublement, selon le procédé de Lawson Tait modifié. C'est là, je le répète, le point capital de l'opération, quoique, par son peu de durée et sa facilité relative, il paraisse n'être qu'accessoire. »

Résultats.—I. Résultats immédiats.— *Gravité de l'hystérectomie pour prolapsus.* — A ne considérer que les statistiques prises en bloc, l'hystérectomie pourrait paraître peu séduisante. En effet, Hartmann et Du Bouchet, sur 55 cas, relèvent 5 morts. La statistique plus étendue et plus récente de Rauhut, sur 137 cas, signale 14 morts, soit 10 p. 100. Ces résultats nous induisent en erreur. Voilà qui est étrange, puisqu'à ne considérer que les chiffres, nous serions amenés à considérer l'opération comme plus meurtrière que l'hystérectomie pour fibrome, ou pour suppuration pelvienne ? S'il en était ainsi, c'est vers l'abstention qu'il faudrait pencher. Telle n'est pas, cependant, la réalité. Consultez, au contraire, tous les chirurgiens compétents, ils sont tous frappés de l'absolue bénignité de l'opération entre leurs mains. La vérité est que, en dépit des statistiques disparates, la mortalité ici doit être nulle ou à peu près, et si l'on compte autant de décès, c'est parce que beaucoup des cas qui figurent dans les statistiques, datent d'une époque déjà ancienne, parce qu'aussi chaque opérateur comprend un peu à sa façon les indications, et que peut être, sur un terrain encore neuf, on n'a pas toujours su s'abstenir dans les cas qui doivent être respectés ; ceci prouve seulement qu'il faut bien poser son indication, bien calculer le degré de tare organique. Nous dirions volontiers que, dans le prolapsus, ce qu'il y a de difficile, c'est peut-être moins l'opération en elle-même, que le discernement des cas auxquels elle convient. C'est affaire de tact chirurgical. Ces conditions bien remplies, personne, croyons-nous, n'hésitera plus à considérer l'hystérectomie pour prolapsus comme « légitime ». Voyons maintenant combien elle est précieuse.

II. Résultats éloignés. — *Valeur curative de l'hystérectomie combinée aux colporraphies.* — Appliquée seule, sans l'acte fondamental, l'hystérectomie est insuffisante ; ce point est universellement admis. Avec les colporraphies combinées, le problème est résolu et l'hystérectomie donne, au contraire, d'excellents résultats. La guérison parfaite est relevée dans 77,4 p. 100 des cas par Rauhut ; ces chiffres sont très éloquents. Il est fort possible que les 8,1 p. 100 de récidives des faits restants soient relatifs à des cas absolument rebelles à toute thérapeutique. Il faut aussi tenir compte de la technique employée. Afin de nous éclairer, pour notre part, sur ce point capital de la valeur curative de l'hystérectomie, faite dans les mêmes conditions de technique et d'indications bien étudiées, nous avons recherché les suites éloignées des dernières opérées de M. Quénu, spécialement au point de vue de la récidive. Or nous n'avons point constaté de déroulement ultérieur du vagin, et de résultat insuffisant. Aussi, notre conviction est-elle que l'hystérectomie combinée pour prolapsus est une opération des plus recommandables dans le groupe restreint des cas où elle trouve son indication bien précise, et nous ne craignons pas d'opposer notre enthousiasme modéré au trop précoce découragement de quelques chirurgiens.

REVUE FRANÇAISE

Thiliez. — Troubles oculaires consécutifs a la suppression de la menstruation. — (*Journal des Sciences médicales de Lille*, mai 1898, et *Nord médical*, 1er oct. 1898.)

Il est difficile d'établir une classification des accidents oculaires dus à l'aménorrée et à la suppression brusque des règles. L'auteur les divise en congestifs ou hémorragiques, inflammatoires et troubles réflexes.

Dans l'aménorrée, les accidents d'ordre congestif ou hémorragique revêtent la forme d'hémorragies supplémentaires, et ont été dénommées par Panas, épistaxis oculaires ; leur lieu de prédilection est le corps vitré et la rétine. Les lésions inflammatoires sont fréquentes : tuméfaction de l'angle interne des yeux, iritis ou irido-chroïdite, kératite interstielle, neuro-rétinite, rétinite exsudative, névrite optique. Les troubles réflexes observés sont le ptosis, l'asthénopie accommodative, l'anesthésie rétinienne.

La suppression brusque des règles donne lieu à des hémorragies dans toutes les parties constituantes de l'œil ; on ne rencontre les mêmes accidents inflammatoires que dans l'aménorrée ; enfin on a signalé comme trouble réflexe la cécité complète ayant duré jusqu'au retour du flux menstruel.

Duret. — De l'intervention chirurgicale dans les maladies puerpérales. (*Journal des Sciences médicales de Lille*, mai 1898, et *Nord médical*, 1er oct. 1898.)

Les infections puerpérales sont assurément moins fréquentes que jadis ; cependant on a encore souvent l'occasion de les observer, et il est nécessaire de connaître les ressources actuelles de la chirurgie, contre ces complications redoutables de l'accouchement et, plus encore, de l'avortement.

Générales ou localisées, ces infections possèdent, au point de vue du traitement, des procédés particuliers. La péritonite généralisée a pu être guérie par la laparotomie suivie de lavage et de drainage de la cavité péritonéale ; la septicémie pure et la septico-pyohémie se sont trouvées améliorées par les injections de sérum de Marmorek et l'ouverture des collections purulentes accessibles. Quant aux infections localisées, endométrites, métrites, périmétrites, salpingites, phlegmons des ligaments larges, elles sont justiciables d'interventions variées suivant la gravité de l'infection et qui sont les lavages intra-utérins et curettages, les incisions des culs-de-sac vaginaux, les incisions latérales de l'abdomen, laparotomie avec ovaro-salpingectomies, enfin l'hystérectomie totale.

Tout ouvrage dont il sera envoyé deux exemplaires sera annoncé et analysé s'il y a lieu.

R. PICHEVIN, *Directeur-Gérant.*

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères.
Maison spéciale pour Journaux et Revues.



APPENDICITE OU ANNEXITE

Par G. BOUILLY (1),

Professeur agrégé, Chirurgien de l'hôpital Cochin.

J'ai déjà, dans un autre travail (*Semaine gynécologique*, 12 octobre 1897, n° 41), attiré l'attention sur les difficultés du diagnostic chez la Femme, dans certains cas entre l'annexite et l'appendicite et sur les incertitudes du traitement qui en étaient la conséquence. Je demande aujourd'hui à revenir en quelques mots sur ce sujet.

Je laisse tout à fait de côté la question de pathogénie et les rapports de cause à effet qui peuvent exister entre les annexes et l'appendice iléo-cœcal ; les faits ne me semblent pas assez nombreux pour que l'on puisse encore étayer une doctrine solide. Tout le monde sait que, dans les laparotomies ou dans les hystérectomies vaginales, on peut trouver l'appendice adhérent aux annexes malades et que, dans ce cas, il est de bonne pratique de l'enlever ; mais ce qu'il est difficile de savoir et de dire, c'est la filiation des lésions et leur genèse. Cette question s'éclaircira peut-être : il me semble que seule la bactériologie pourra la trancher en nous montrant dans les deux organes des Microbes de même nature ayant passé de l'un à l'autre.

Pour le clinicien, plus importants sont les phénomènes qui permettent de différencier les lésions, de les rapporter à leur véritable siège et de les traiter en conséquence.

Pour ramener la question à ses termes les plus simples, on peut distinguer trois ordres de faits :

1° Une appendicite est méconnue et est prise pour une annexite ;

2° Dans l'erreur inverse, une annexite est prise pour une appendicite ;

3° Dans un troisième ordre de faits, il existe à la fois des lésions d'appendicite et d'annexite et, en général, les symptômes de l'une ou l'autre affection prennent assez d'importance et dominent trop la situation pour qu'il soit possible de faire le diagnostic des deux lésions simultanées.

Du reste, le plus souvent il s'agit alors de cas subaigus ou chroniques et il n'y a pas lieu de prendre de détermination d'urgence. Récemment, j'ai pu faire le diagnostic de la lésion simultanée de l'appendice et de l'ovaire droit et dans la même séance, par la laparotomie médiane, j'ai enlevé les deux organes malades. Ces lésions ne m'ont pas semblé sous la dépendance l'une de l'autre et n'étaient qu'en coïncidence.

De tous ces faits, le plus grave, et peut-être le plus fréquent, consiste, et a surtout consisté — car l'erreur devient de moins en moins fréquente — à méconnaître l'appendicite et à la prendre pour une poussée péritonéale annexielle. Si l'on se rappelle que la pelvi-péritonite annexielle ne demande que tout à fait par exception une intervention d'urgence, tandis que la lésion de l'appendice l'exige dans la plupart des cas, on se rend compte d'emblée de l'importance et de la gravité de l'erreur.

Quelles causes peuvent justifier une pareille erreur ? L'appendicite n'a-t-elle pas des signes qui paraissent caractéristiques et la localisation exacte de la douleur, de l'empâtement n'entraînent-ils donc pas toujours la conviction ? Il n'en est pas toujours ainsi ; dans certains cas, les symptômes de l'appendicite sont pour ainsi dire *frustes* : la douleur est d'emblée diffuse dans tout l'abdomen, ou au moins, dans la région hypogastrique ; cette douleur n'est pas plus ou guère plus localisée dans la fosse iliaque droite que dans toute autre région du ventre ; elle a pu débuter en un siège éloigné du cœcum et, en particulier, dans la fosse iliaque gauche ; la palpation est rendue illusoire par la sensibilité péritonéale et la tension des parois de l'abdomen. En un mot, il est facile de constater qu'on est en présence d'une poussée péritonéale aiguë ; il est presqu'impossible d'en déterminer la lésion causale et initiale.

Les antécédents et le passé abdominal ou génital peuvent ne rien apprendre, s'il s'agit de la première atteinte et si cette atteinte n'a été précédée d'aucun phénomène particulier, soit du côté du tube digestif, soit du côté utérin ou péri-utérin ; ce qui est fréquent. Souvent aussi, la connaissance d'anciens accidents utérins ou péri-utérins retient l'attention du côté des organes génitaux et, en présence d'une poussée péritonéale aiguë, dirige à tort le diagnostic de ce côté. L'examen local, qui semblerait devoir donner la clé du diagnostic, est lui-même trompeur ou insuffisant ; la sensibilité constatée au toucher du cul-de-sac vaginal postérieur ou postéro-latéral droit, un certain degré d'empâtement dans cette région attirent l'attention du côté des annexes, alors qu'il ne s'agit que de la douleur péritonéale provoquée par l'infection de la séreuse et peut-être même d'un certain degré d'épanchement ou même d'une collection purulente diffuse bas située. Le diagnostic en pareil cas ne peut guère se fonder que sur des nuances et ne peut trouver des éléments que dans une appréciation sévère et raisonnée de chacun des symptômes.

Dans le travail auquel je fais allusion au début de cette communication et auquel je refais des emprunts, je disais avec réserve : « *Il m'a semblé* », et aujourd'hui je dis avec plus de conviction et de certitude, *je crois*, que dans l'appendicite les phénomènes péritonéaux sont dès le début et d'emblée portés à un degré de gravité que l'on n'observe pas en général dans la pelvi-péritonite d'origine annexielle même de forme grave. La sensibilité abdominale est plus grande et plus étendue, le ballonnement est plus prononcé ; les vomissements bilieux sont plus marqués et plus répétés ; la parésie intestinale est plus accentuée ; le facies est plus rapidement altéré ; en un mot, les traits du tableau péritonéal sont plus marqués et mieux dessinés et d'emblée la gravité de l'état apparaît plus sérieuse dans l'appendicite que dans la pelvi-péritonite d'origine annexielle. La température peut également fournir quelques présomptions en faveur du diagnostic ; en général, elle est plus élevée dans la crise appendiculaire ; elle arrive, facilement et dès le début, à 39° et même plus, tandis qu'elle atteint rarement cette hauteur dans la poussée pelvi-péritonéale annexielle et ne s'y maintient que quelques heures.

L'observation de la marche de la maladie et l'évolution des symptômes et des signes peut également fournir une indication diagnostique et opératoire.

En général, dans l'appendicite grave l'affection est progressive et les phénomènes vont en augmentant d'intensité ou tout au moins l'état grave reste stationnaire ; dans l'annexite, même après un début orageux, à grand fracas, les accidents en général s'amendent rapidement et l'idée d'une affection dangereuse à courte échéance ne persiste guère plus de quelques jours. Et cependant, rien n'est encore absolu dans la marche de ces affections ; on observe des appendicites dans lesquelles, au bout de quelques jours, tous les accidents semblent avoir cédé et qui, après une courte période d'accalmie, repartent avec une marche foudroyante et entraînent la mort en quelques heures. Cette accalmie trompeuse peut faire dévier le diagnostic et laisser passer le temps utile de l'intervention.

J'ai rapporté plusieurs cas aigus où, malgré l'absence de contrôle anatomique, je suis convaincu qu'il s'est agi d'une appendicite perforante, alors que les médecins traitants et moi-même avions pu penser à une forme péritonéale d'origine annexielle. Le diagnostic rétrospectif s'est imposé par la terminaison fatale que les symptômes ne semblaient pas faire craindre ; seule, l'appendicite perforante tue avec cette rapidité ; l'annexite la plus aiguë n'est pas capable de pareils méfaits, à moins de rupture d'un pyo-salpinx dans un abdomen non préparé, c'est-à-dire non défendu par des adhérences péri-annexielles.

(1) Extrait d'une communication faite à l'Association Française de Chirurgie, séance du 19 octobre 1898.

A ces cas déjà connus, j'en ajouterai deux autres, encore inédits : dans l'un, j'ai eu la douleur de voir succomber la malade sans intervention ; dans l'autre, une heureuse opération, fut suivie d'une guérison rapide.

Une dame de 38 ans, fatiguée par de nombreuses grossesses, de constitution médiocre, ayant eu, deux ans auparavant, des accidents infectieux post-abortifs, tourmentée à l'ordinaire par une constipation opiniâtre, est prise, en apparence de santé, le samedi 16 juillet dernier, d'une violente douleur dans la fosse iliaque *gauche*, avec apparition des règles en avance de dix jours ; le ventre se ballonne légèrement et la fièvre s'allume en restant modérée entre 38° et 38°5 ; le mardi suivant, la température monte tout d'un coup à 40° en même temps que se déclare une douleur dans le côté droit et que le tympanisme augmente en s'accompagnant de vomissements et de nausées ; je vois la malade le lendemain soir, la situation est moins mauvaise ; les nausées se sont espacées, la température est à 38° ; la malade se trouve plus calme ; cependant, le ballonnement est considérable et le facies est altéré ; le pouls à 116-120 ; la sensibilité abdominale est diffuse, pas plus marquée à droite qu'à gauche. Le toucher vaginal, pratiqué dès le début des accidents, a révélé un peu de sensibilité dans le cul-de-sac gauche ; aujourd'hui, il ne donne pas de renseignement, les culs-de-sac sont souples et indolents ; l'utérus est mobilisable ; il est le siège d'un écoulement sanguinolent fétide par absence de soins de propreté. Mon diagnostic reste hésitant ; nous étions à la campagne, loin de Paris, dans des conditions qui ne permettaient guère une intervention d'urgence ; je table sur l'amélioration momentanée des symptômes, sur les antécédents génitaux d'infection post-abortive, sur l'avance des règles, sur la douleur plutôt gauche que droite au début, pour me rattacher de préférence à l'idée d'une lésion génitale avec pelvi-péritonite subaiguë et je prescris un traitement banal d'expectation et de surveillance. Trois jours après, la malade était morte, juste huit jours après le début des accidents.

Je ne doute pas un seul instant que plusieurs médecins distingués et moi-même nous ne nous soyons trompés et que l'appendicite ait fait son œuvre sournoise que nous n'avons pas su dépister.

Dans un autre cas, j'ai été plus heureux ; on m'adresse à l'hôpital une Femme de 30 ans, qui, depuis une dernière fausse couche, datant de 4 ans, a dû subir un curettage et a toujours souffert du ventre ; il y a 12 jours, elle a été prise d'une douleur assez vive dans la fosse iliaque droite, avec vomissement et léger ballonnement du ventre ; malgré des soins rationnels, la situation ne s'est pas améliorée. Au moment de l'entrée, on réveil à la palpation une douleur assez violente *au-dessous* de la ligne de Mac-Burney et on sent un empâtement profond semblant plonger dans le bassin vers le bord droit de l'utérus. Au toucher, les culs-de-sac sont souples et indolents ; il faut pousser le doigt très haut pour sentir de l'empâtement, vers le fond de l'utérus à droite.

Les antécédents génitaux de la malade, le siège de la douleur et de la tuméfaction sont en faveur d'une lésion annexielle droite avec pelvi-péritonite. Mais, à mon avis, les symptômes généraux sont encore trop graves, le ballonnement est trop marqué, la tendance nauséeuse et les vomissements persistent avec trop d'intensité pour qu'il s'agisse d'une poussée annexielle arrivée au 12e jour ; j'incline bien davantage vers l'idée de l'appendicite et la malade est opérée dès le lendemain de son entrée.

L'incision me conduit sur un foyer profond circonscrit par des anses intestinales, renfermant du pus et des gaz d'une horrible fétidité et un calcul stercoral d'un centimètre de long faisant hernie à travers une perforation de l'appendice gangrené. Celui-ci fut réséqué, le foyer désinfecté et drainé et la guérison s'ensuivit simple et rapide.

Il faudra, je pense, beaucoup de cas de ce genre bien analysés et bien observés pour que nous ayons les éléments d'un diagnostic différentiel ; bien des fois encore, nous nous tromperons en dépit des symptômes et des signes qui nous paraîtront entraîner le diagnostic le plus rationnel.

Mais des faits que j'ai observés, de l'expérience des cas malheureux en présence desquels je me suis trouvé, il découle cette conclusion pratique : quelles que soient les difficultés du diagnostic, quelle que soit la responsabilité que l'on assume, dans les cas douteux, l'intervention s'impose, et si l'on ne veut pas être surpris par un désastre que l'on n'a pas su prévoir ni prévenir, il faut renverser les termes du vieux proverbe et *dans le doute ne pas s'abstenir*.

CONGRÈS DE GYNÉCOLOGIE DE MARSEILLE

Séance du lundi 10 *octobre* 1898.

DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT DE LA GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

Nous avons donné, dans le précédent numéro, le résumé du remarquable rapport de M. Segond sur le traitement des grossesses extra-utérines, rapport qu'il a exposé avec son talent et sa verve habituels devant tous les membres du Congrès réunis en séance plenière. Inutile de dire que des applaudissements unanimes ont salué la péroraison du brillant chirurgiens de la Salpêtrière. Voici le résumé de la discussion qui l'a suivi :

Remarques sur les symptômes et le traitement de la grossesse extra-utérine,

Par le Professeur Laroyenne, de Lyon.

Le développement de la grossesse extra-utérine s'accompagne de symptômes obscurs et on peut dire que, sauf exception, le diagnostic de grossesse ectopique est impossible à déterminer. La suppression des règles, jusque là régulièrement apparues, est cependant un antécédent d'une haute valeur, il faut aussi avoir recours au toucher *rectal* qui fournit bien souvent mieux que tout autre procédé, un signe certain de gravidité extra-utérine. Il permet d'atteindre et de reconnaître l'embryon ou le fœtus, soit une petite tête donnant une sensation parcheminée, soit son corps ; mais encore faut-il, pour que ce signe existe, que la grossesse soit au moins à deux mois et demi ou à trois mois.

L'impossibilité fréquente de dépister une grossesse extra-utérine entraîne souvent la difficulté de diagnostiquer l'hématocèle dont elle a été la cause et nous avons déjà indiqué au Congrès de Genève (1) que, souvent, on ne pouvait distinguer entre une hématocèle et la rupture d'une trompe purulente. Le début peut être le même dans les deux cas, s'accompagner des mêmes accidents soudains et menaçants. Les symptômes de l'anémie par hémorragie interne propres, il est vrai, à l'hématocèle, peuvent être peu évidents, défigurés, comme ils le sont, par ceux de la péritonite subite. Ainsi donc, la soudaineté d'accidents péritoniques graves coexistant avec l'apparition d'une collection pelvienne n'est pas l'indice certain d'une hématocèle. Les antécédents ne fournissent bien souvent aucun signe différentiel et ne permettent pas le diagnostic de la grossesse extra-utérine. Ils peuvent être les mêmes lorsqu'il s'agit d'une salpingite diffuse. En effet, un mauvais état antérieur des voies génitales favorise l'éclosion d'une affection tubaire aiguë comme aussi il prédispose à la grossesse ectopique. Jacobs a bien insisté sur l'existence fréquente d'un suintement sanguin dans la gravidité extra-utérine; or ce suintement n'est pas rare non plus dans les salpingites. Une suppression des règles chez une Femme régulièrement menstruée jusque là, quand l'interrogatoire de la malade réussit à mettre cette suppression nettement en évidence, est souvent le seul signe important de la grossesse ectopique. Quant au toucher rectal, qui est un moyen précieux pour reconnaître la présence d'un fœtus hors de la cavité utérine, il ne donne aucun renseignement de ce genre pendant la période aiguë de l'hématocèle et la collection liquide du cul-de-sac postérieur est seule perceptible sans que l'on puisse savoir si elle est purulente ou hématique.

Nous intervenons, dans les grossesses extra-utérines et dans

(1) *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, septembre 1896.



les hématocèles qu'elles déterminent, par la voie vaginale et par la voie abdominale.

Si la collection sanguine n'a pas un trop grand volume, c'est-à-dire, reste bien au-dessous de l'ombilic, nous intervenons par le vagin. Un large débridement du cul-de-sac postérieur, suivi de l'évacuation aussi complète que possible de tous les caillots contenus dans la cavité et d'un drainage à la gaze iodoformée, nous a toujours réussi. Mais ici, comme dans les colpotomies pour pelvi-péritonites, c'est pour nous une règle d'explorer toujours avec soin la cavité. Si l'on peut sentir une trompe, en quelque sorte *flottante* dans cette cavité, comme on en trouve dans certaines salpingites enkystées, on l'extirpe, après avoir placé une pince à demeure sur son pédicule aussi près que possible de l'utérus (1). Au cours de l'opération, on doit veiller à ne jamais intéresser les annexes du côté sain ni la paroi de la poche.

S'il s'agit d'une hématocèle volumineuse ou d'un kyste embryonnaire ou fœtal développé, si la tumeur remonte non loin de l'ombilic, nous pratiquons la laparotomie. L'incision de la paroi abdominale ne doit pas dépasser la poche fœtale où se limitera l'intervention. Il ne faut pas s'attacher à extraire les membranes ni le placenta, ce serait s'exposer à de graves accidents que de rechercher à tout prix leur ablation alors qu'ils sont insérés en quelque point de l'intestin ou de la grande cavité péritonéale. La poche fœtale est drainée comme celle d'un kyste marsupialisé et nous n'avons pas observé, consécutivement. d'éventration de quelque importance, surtout si l'on a eu le soin de suturer la poche à *l'aponévrose* de la paroi abdominale et non pas seulement à la peau.

L'époque de l'intervention, dans la grossesse extra-utérine, peut être particulièrement délicate à fixer lorsque la preuve de la vie du fœtus est faite par la constatation des bruits du cœur. Nous ne nous occuperons pas de cette question et nos remarques ne portent que sur l'époque de l'intervention dans les hématocèles produites par la grossesse extra-utérine.

Il convient d'abord, à ce sujet, de dissiper un malentendu. On nous a considéré — et M. Segond a pu nous le reprocher dans son éloquent rapport — comme un adversaire systématique de toute intervention d'urgence dans les hématocèles. Il est cependant, pour nous, évident qu'en présence d'une hémorragie foudroyante qui va manifestement emporter la malade dans le plus bref délai, il faut intervenir et l'opportunité de l'intervention immédiate ne saurait être discutée.

Seulement nous nous élevons d'autre part — et c'est cette opinion qui a prêté à confusion — contre l'abus des indications à ces opérations d'urgence.

La brusquerie du début des accidents ne doit pas notamment être considérée, à elle seule, comme une indication à intervenir immédiatement. Est-ce à dire que ces hématocèles puissent être abandonnées, de parti pris, à une expectation passive ? — En aucune façon. C'est une ***expectation vigilante*** que nous recommandons, une surveillance assidue qui permettra d'en appeler, d'un moment à l'autre, à l'intervention. Si les symptômes d'anémie s'exagèrent ou simplement persistent, si l'état général continue à être mauvais, si, en un mot, on soupçonne que l'hémorragie interne ne s'est pas arrêtée spontanément, on laparotomisera.

De nombreuses colpotomies pratiquées pour des collections dont il était le plus souvent, avant l'incision, impossible de diagnostiquer le contenu, nous ont très fréquemment mis en présence d'hématocèles anciennes enkystées, contenant, ou non, des débris embryonnaires. D'autre part, la clinique nous a montré que la soudaineté impressionnante du début de l'hématocèle n'était pas à elle seule suffisante pour exiger l'intervention immédiate. C'est l'observation attentive qu'elle commande. Le désir de faire courir à la malade des risques opératoires moindres en n'intervenant que lorsque l'hématocèle est enkystée, ne doit pas faire repousser une intervention d'urgence lorsque celle-ci s'impose, mais ce désir peut rendre plus exigeant sur l'indication de l'urgence : si, après ce début brusque, les symptômes d'anémie diminuent, si l'état général se maintient, si le ventre n'augmente pas de volume, si le diaphragme fonctionne, on doit attendre.

Dans notre pratique hospitalière où, il est vrai, les cas vraiment foudroyants s'observent rarement, car ils n'ont pas le temps d'être transportés à l'hôpital, les opérations d'urgence ont été une bien rare exception. Sous l'influence du repos absolu, de la glace, des révulsifs et des opiacés et sous la protection d'une surveillance assidue, des collections hématiques se sont résorbées au bout de quelques semaines ; les autres se sont enkystées et ont alors été opérées, le plus souvent par la voie vaginale.

(1) De l'ablation par le vagin des annexes de l'utérus enkystées dans une pelvi-péritonite. (*Annales de gynécologie et d'obstétrique*, juillet 1893.)

Grossesse extra-utérine. Laparotomie neuf mois après le début. Fœtus mort. Ablation du placenta. Marsupialisation du sac. Guérison.

Par M. le D[r] Maurice JOURDAN.

Quoique, pour le traitement des grossesses extra-utérines ayant dépassé cinq mois, je sois partisan convaincu de l'ablation totale du kyste fœtal, toutes les fois qu'elle est facilement réalisable, je crois intéressant de vous rapporter brièvement le cas suivant, où, après extraction du fœtus et du placenta, je fus obligé de me borner à la marsupialisation du sac, dont les adhérences me firent juger très difficile l'extirpation complète. Et ce cas n'est sans doute à noter que par l'extrême simplicité de la technique opératoire, ayant assuré des suites opératoires des plus simples et une guérison définitive très satisfaisante.

Il s'agit d'une grossesse extra-ntérine dont le début remontait à neuf mois environ : elle avait été le siège d'hémorragies intra-kystiques à l'occasion probable de chaque époque menstruelle et le fœtus était mort depuis plusieurs semaines lors de l'intervention. En voici d'ailleurs l'observation succincte :

OBSERVATION. — Marie B.... 24 ans, réglée à 13 ans, régulièrement, a accouché, en mars 1896, d'un enfant vivant et actuellement bien portant. Les suites de cet accouchement furent excellentes, et la santé parfaite jusqu'à la grossesse actuelle.

Dernières règles du 23 au 30 mars 1898, et commencement normal de grossesse, avec les malaises ordinaires du début, sans aucune douleur abdominale.

Tout va bien pendant les deux premiers mois : mais vers le milieu de juin, après un brusque effort pour éviter une chute du haut d'une échelle, cette Femme est prise de douleurs légères dans le côté droit du ventre. Ces douleurs, assez faibles, lui permettent toutefois de regagner à pied son domicile, où elle reste alitée pendant trois ou quatre jours. Elle peut ensuite reprendre son travail ; mais, à partir de ce moment, elle n'a pas cessé de souffrir : pesanteur dans le bas-ventre, mictions fréquentes, épreintes rectales.

Le mois suivant, à l'époque présumée de ses règles, c'est-à-dire vers la fin de juillet, après une journée tranquille et au lit depuis quelques heures, elle est prise brusquement de vives douleurs abdominales avec sueurs froides, ballonnement du ventre, et bientôt vomissements alimentaires, puis bilieux. Malgré leur intensité, ces accidents se calment assez vite et la malade peut se lever au bout de quatre jours.

En août, encore à l'époque présumée des règles, deuxième crise, analogue à la précédente, mais plus accusée, avec ballonnement du ventre, vomissements incessants : la malade se lève, sans forces, après huit jours.

En septembre, les mêmes accidents se reproduisent dans des conditions identiques, et avec une intensité plus grande encore : après quinze jours de repos absolu au lit, toute occupation est devenue impossible.

Crise semblable en octobre, mais suivie, celle-ci, d'un amendement général de tous les symptômes : l'abdomen cesse d'augmenter, devient moins douloureux ; la malade peut se lever et marcher. Cette amélioration se continue en novembre, où survient seulement une ébauche de crise douloureuse, vite calmée.

Vers la fin de décembre, apparaît une légère perte sanguine : jusque-là toute perte utérine avait été absolument supprimée, et les crises douloureuses de chaque époque menstruelle ne s'étaient notamment accompagnées d'aucun écoulement par le vagin. Cette perte, dont le sang est plus foncé, remarque la malade, que celui des règles, et qui contient des caillots, augmente et bientôt est suivie de l'expulsion d'une caduque des plus nettes. Elle s'arrête après une dizaine de jours. A cette époque, la malade, quoique souffrant beaucoup moins, est

pâle, amaigrie, sans aucun appétit et dans un état de dénutrition qui ne cesse de s'accentuer depuis le début des accidents.

C'est dans ces conditions que mon excellent confrère et ami, le Dr Jacob, appelé auprès d'elle, diagnostique une grossesse extra-utérine et me l'adresse pour être opérée.

Etat en janvier 1898.— L'examen de l'abdomen fait reconnaître deux tumeurs distinctes. La plus volumineuse occupe tout le flanc droit, qu'elle déborde sur la ligne médiane ; elle plonge dans la cavité pelvienne, et s'élève, en haut, à deux travers de doigt du rebord des fausses côtes : c'est manifestement le kyste fœtal, lisse, rénitent, douloureux à la pression. La seconde tuméfaction, beaucoup moins volumineuse, arrondie et plus dure, distincte de la précédente dont la sépare une encoche bien perceptible, est formée par l'utérus hypertrophié, repoussé à gauche et en avant du kyste fœtal.

Au toucher vaginal, bombe dans le cul-de-sac de Douglas, une tête fœtale ossifiée, dont le doigt reconnaît et suit la suture sagittale. Cette tête est fixée dans sa position ; on ne peut lui imprimer le moindre ballottement. Le col utérin est repoussé en avant et à gauche ; à la palpation bi-manuelle, il se continue nettement avec la tumeur sus-pubienne que forme le corps de l'utérus hypertrophié. La cavité utérine mesure 17 centimètres au cathétérisme.

Quant à la vessie, le cathéthérisme montre qu'elle est repoussée en bas et à gauche, et qu'une partie de sa surface recouvre la base du kyste fœtal.

J'ajoute que l'auscultation, pratiquée à plusieurs reprises, n'a jamais décelé de battements fœtaux et que, autant se perçoit nettement la tête fœtale dans le cul-de-sac de Douglas, autant la palpation abdominale reste muette sur la reconnaissance d'autres parties fœtales.

Nous concluons donc à une grossesse extra-utérine dont le début remonte à huit mois et demi environ, avec fœtus actuellement mort, et hémorragies s'étant probablement produites dans le kyste fœtal à chaque époque menstruelle ; les grandes dimensions du kyste fœtal étant en disproportion manifeste avec le volume de la tête sentie dans le Douglas, et la non-perception de parties fœtales par la palpation de l'abdomen.

Laparotomie le 14 janvier 1898.— Anesthésie au chloroforme. Position de Trendelenburg. Incision sur le bord externe du muscle droit du côté droit, commençant à deux travers de doigt au-dessus du niveau de l'ombilic.

Le ventre ouvert, se présente une tumeur globuleuse, fortement tendue. L'épiploon, faiblement adhérent à sa partie supérieure, en est facilement détaché, et repoussé sous une compresse. Immédiatement ma main cherche à faire le tour du kyste fœtal, à en reconnaître les adhérences, juger s'il est extirpable en totalité, et fixer ainsi dès le début ma ligne de conduite. Mais ses adhérences aux anses intestinales en arrière et à l'utérus sur le côté, sont telles, qu'elles ne me permettent même pas d'attirer le kyste fœtal pour l'inciser hors de l'abdomen, et je me vois réduit à l'ouvrir sur place pour le marsupialiser ensuite.

Le pourtour du kyste étant soigneusement isolé, par une garniture de compresses-éponges, je le ponctionne en un point non vasculaire, et cette incision, agrandie, ne donne pas lieu à un notable écoulement sanguin. Je tombe sur une grande quantité de caillots noirâtres, que j'évacue à la main, et je sens, dans la profondeur, les pieds d'un fœtus que j'extrais facilement et qui mesurait 35 centimètres de longueur. Le cordon, dans cette traction, se rupture à son insertion placentaire et je constate que la circulation placentaire est absolument arrêtée.

La poche ainsi évacuée présente nettement deux loges. La loge supérieure, beaucoup plus grande, contenait le corps du fœtus, la masse des caillots, et donnait insertion au placenta sur sa face antérieure et latérale gauche. La loge inférieure, remplissant le Douglas, était occupée par la tête fœtale. Ces deux loges sont séparées par un rebord circulaire en forme de diaphragme.

Le placenta peut être enlevé presque totalement : seule une minime partie, intimement adhérente et ne se laissant pas décoller, est laissée en place après avoir été ébarbée au plus court.

Cette vaste poche est ensuite nettoyée avec des compresses-éponges imbibées de sublimé à 1/1000, soigneusement asséchée, drainée et faiblement tamponnée par un gros tube de caoutchouc plongeant jusque dans son fond et quelques mèches de gaze stérilisée. Son ouverture est finalement suturée à la paroi abdominale, sur une hauteur de cinq centimètres environ, par deux surjets séro-séreux à la soie, et des points de crin de Florence unissant ses bords aux lèvres cutanées de l'incision.

Au-dessus et au-dessous, réunion ordinaire, à trois plans de la paroi abdominale. Pansement aseptique.

Les suites opératoires furent des plus simples. Le drain et les mèches de gaze furent enlevés le quatrième jour. C'était trop tôt, car deux jours plus tard, se produisit une légère élévation de température 38°5', qui céda immédiatement à la mise en place d'un nouveau drain. Ce dernier fut enlevé après une dizaine de jours. La malade quitta la maison de santé au bout de quatre semaines, ne portant plus qu'une fistule de petite dimension pour laquelle elle revint se faire panser tous les huit ou dix jours, jusqu'à cicatrisation complète.

J'ai revu cette femme avant-hier : l'abdomen est parfaitement souple et indolore dans toute son étendue, l'utérus bien mobile, les culs-de-sac souples, les règles régulières et absolument indolentes. L'état général, qui s'est rapidement amélioré après l'intervention, est actuellement pleinement satisfaisant : et le poids, de 65 kilos en janvier avant l'opération, est actuellement de 76 kilos 500.

. . . .

Sans vouloir insister, à la suite de cette observation, sur les particularités cliniques, dont la plus intéressante est cette périodicité des crises douloureuses et hémorragiques se reproduisant à chaque époque menstruelle, j'ajouterai seulement quelques mots au sujet du traitement, question à l'ordre du jour du présent Congrès, et sur les motifs qui ont dicté dans ce cas particulier ma conduite chirurgicale.

La laparotomie, comme voie d'accès sur ce kyste, ne prête, je crois, à aucune discussion. Au cas où la tête fœtale bombant dans le Douglas, sans interposition de placenta, et la mort bien constatée du fœtus, m'eussent invité à l'incision vaginale, j'en aurais vite été détourné. La vessie, repoussée en bas et tapissant en partie la base du kyste, m'eût beaucoup gêné ; je ne pouvais être fixé d'une façon absolue sur la persistance ou l'arrêt de la circulation placentaire, sur l'arrêt complet, ou non, des hémorragies qui s'étaient succédées depuis le début ; enfin, j'avais pour but, si possible, l'ablation totale du sac.

Cette ablation complète eût donné à mon opérée l'avantage d'une convalescence beaucoup plus courte, elle l'eût plus sûrement mise à l'abri de chance d'éventration. J'y renonçai cependant aussitôt que, l'abdomen ouvert, une exploration minutieuse m'eut fixé sur l'étendue et la solidité des adhérences. Je crois en effet que, dans les cas similaires, il faut savoir, dès le début, prendre parti pour l'extériorisation du kyste ou son ablation, et ne pas commencer une extirpation qu'on serait ensuite obligé de laisser inachevée, ou qu'on ne pourrait terminer le mieux possible que par une castration utéro-annexielle. A moins d'indications spéciales, lésions de l'utérus ou lésions bi-latérales des annexes, cette castration utéro-annexielle dépasse évidemment la note juste, étant donnée la simplicité opératoire et l'excellence des résultats que peut assurer la marsupialisation, et les cas, déjà nombreux, de grossesse utérine ayant évolué normalement chez d'anciennes opérées de ce genre.

Grossesses extra-utérines,

Par M. **Albert Martin** (de Rouen).

Après le magistral rapport exposé si éloquemment par M. le Dr Segond, c'est être quelque peu téméraire que d'oser réclamer la parole. Qu'on me permette pourtant de demander quelques renseignements à notre éminent rapporteur, ou plutôt quelques conseils sur lesquels je le verrais insister avec plaisir. — Il nous a dit dans son rapport que « *pour laisser à l'extériorisation du kyste l'idéale simplicité qui en fait la valeur il vaut souvent mieux se borner à une incision pure et simple* » et il ajoute que « *pour faire plus il faut en effet commencer plus ou*



moins l'attaque des adhérences, et dans cette voie, il est plus sage de ne rien faire du tout que de rester incomplet ».

Je le crois et je suis tellement convaincu de la justesse d'une telle opinion que je n'hésiterais pas, le cas échéant, à me comporter suivant ses conseils ; mais il est des cas ou, précisément, il n'est pas possible de ne « *rien faire du tout* », où il faut, quand même, détacher des adhérences qui empêchent la marsupialisation de la poche.

En voici un exemple, et je demande à ce propos la permission de citer quelques passages d'une observation que j'ai publiée il y a deux ans et que M. Segond a bien voulu signaler dans son rapport.

Il s'agit d'une Femme opérée, presque in extremis, au neuvième mois d'une grossesse extra-utérine avec enfant vivant, Femme albuminurique et dans un état général des plus mauvais, l'incision à peine faite, je tombai aussitôt sur la face antérieure du kyste fœtal, très mince, avec de gros vaisseaux rampant dans son épaisseur, et des adhérences nombreuses, d'une part, à la paroi abdominale, et d'autre part, à une anse énorme de l'intestin (côlon ascendant, cœcum et partie terminale de l'iléon), qui passait en écharpe au-devant du kyste. Ces adhérences furent détachées avec précautions et l'intestin écarté avec une compresse stérilisée. Je pris soin, d'autre part, de garnir tout le rebord de la plaie de compresses destinées à empêcher le liquide amniotique de pénétrer dans le péritoine. Le kyste, ouvert en détachant une de ses adhérences, laissa sortir une certaine quantité de liquide amniotique verdâtre et une main de fœtus ; j'élargissais cette ouverture suffisamment pour alors pénétrer dans la poche, saisir un pied et extraire rapidement l'enfant.

Aussitôt le fœtus extrait et le cordon coupé entre deux pinces ; j'achevai de détacher avec minutie l'anse intestinale qui adhérait au sac fœtal, je m'efforçai en outre de libérer les lèvres de l'incision de ce sac pour les suturer à la plaie cutanée. Ce ne fut pas chose aisée, à cause des adhérences nombreuses qui existaient en avant même de la poche, entre elle et la paroi, avec interposition de l'anse intestinale signalée plus haut entre ces deux plans. Il y avait eu là des poussées successives de péritonite localisée, qu'une opération, faite six semaines ou un mois plus tôt, aurait probablement évitées. — Petit à petit, en plaçant des pinces en couronne sur toute la circonférence de l'ouverture du kyste, je pus isoler celui-ci sous forme d'une poche, dont l'entrée répondait à la moitié inférieure de l'incision abdominale, tandis que le fond, formé par le placenta, recouvrait la partie la plus élevée de la face antérieure de l'utérus.

Donc, sachant les dangers extrêmes d'hémorragie qu'aurait présentés une extirpation totale du sac et du placenta et déjà convaincu par les observations si intéressantes de mon éminent maître M. le professeur Pinard, je marsupialisai la poche et en suturai les bords aux lèvres de la plaie cutanée

Mais cette poche, adhérente partout, ne se laissait que difficilement attirer vers la plaie. Elle était si tendue que chaque passage de mon aiguille devenait bientôt un trou dans lequel j'aurais pu mettre le pouce,

Cette friabilité excessive de la poche, sur laquelle je veux précisément appeler l'attention, m'empêcha donc d'affronter convenablement les lèvres de l'incision de cette poche à celle de la paroi abdominale, et je dus me contenter de la maintenir en communication avec l'extérieur, sans l'isoler parfaitement du péritoine. Ma malade succomba deux jours après l'opération.

Voilà, ce me semble, une preuve que la friabilité des membranes est parfois un obstacle considérable à la marsupialisation, peut-être plus considérable, à mon avis, que ne le dit M. Segond.

Fallait-il procéder à l'ablation totale du sac, voire même à la castration utéro-annexielle ? — Mais ma malade n'était pas en état de supporter un aussi grand traumatisme et j'ai pensé, au moment critique de cette intervention, que je n'avais pas le droit de l'y soumettre ; eût-elle été dans de meilleures conditions que certainement j'aurais pris le parti de l'ablation totale, quelque difficile qu'elle eût été.

Je n'en considère pas moins que ce sont là des cas exceptionnels et je pense que, même avec les procédés si perfectionnés d'hystérectomie abdominale totale, mieux vaut encore pratiquer dans la presque totalité des cas l'extériorisation ou marsupialisation du sac.

Je suis convaincu d'ailleurs que les mauvaises conditions opératoires que j'ai rencontrées seront dorénavant de plus en plus rares, parce que le médecin, éclairé par une symtomatologie mieux connue, grâce aux publications récentes et en particulier à celles de MM. Pinard et Segond, saura faire plus hâtivement le diagnostic des grossesses extra-utérines.

M. Kiriac (de Bucarest). — Je crois utile de faire la castration double pour empêcher les récidives de grossesses extra-utérines, ainsi que j'en ai observé des exemples ; je suis même partisan dans certains cas de l'hystérectomie abdominale comme complément de l'enlèvement de l'œuf. J'ai observé un cas fort intéressant de grossesse normale coïncidant avec une grossesse extra-utérine. La Femme avait fait un avortement et je constatai, quelques jours après, une collection sanguine bombant dans le cul-de-sac postérieur ; je l'ouvris et j'enlevai un fœtus. Quelques jours après, je fus obligé de pratiquer la laparotomie pour enlever le placenta qui s'était infecté et donnait de la température. J'enlevai l'utérus et le placenta. La malade a guéri.

M. Jonnesco (de Bucarest). — Je suis convaincu, depuis deux ans, que la laparotomie est l'opération de choix dans le traitement des grossesses extra utérines ; elle seule permet de bien explorer le petit bassin et de juger de l'état des organes. Je suis partisan, dans beaucoup de cas, de la castration totale qui m'a donné de beaux succès. Pour l'avenir des malades, il me semble qu'il y a avantage à intervenir radicalement ; la plupart du temps les annexes du côté sont malades ; il est donc inutile de chercher à les conserver ; car elles pourraient devenir cause d'une nouvelle grossesse extra-utérine.

M. Soloview (de Moscou). — Je ne suis pas partisan de la temporisation dans les grossesses extra-utérines pour avoir la chance d'obtenir un enfant vivant. La plupart du temps, ces enfants sont chétifs ou malformés et ne vivent pas. Je pense qu'on s'exposerait, en conservant les annexes du côté opposé, à voir survenir une nouvelle grossesse extra-utérine. Il y a donc avantage à les supprimer.

M. Leonte (de Bucarest). — Après le cinquième mois, il ne faut pas chercher à interrompre la grossesse extra-utérine comme le conseillent beaucoup de chirurgiens ; on doit la laisser continuer jusqu'à terme, afin d'avoir un enfant vivant et chercher à sauver la mère et l'enfant.

L'opération que j'emploie de préférence est la laparotomie ; c'est à elle que j'ai recours quand la grossesse ayant évolué sans médecin est arrivée à terme. Quand le fœtus est mort, il faut attendre pour intervenir que la circulation placentaire soit arrêtée.

Dans les cas de suppuration ou de péritonite, je conseille l'opération immédiate.

Quand la collection bombe dans le vagin je fais la colpotomie.

Sur 15 cas, je suis intervenu deux fois par le vagin, 12 fois par l'abdomen ; une fois, j'ai employé la voie abdomino-vaginale ; j'ai eu 12 guérisons et trois décès, un par hémorragie, deux par infection.

M. Mangin (de Marseille). — Il ne reste véritablement rien à dire sur la question des grossesses extra-utérines après le lumineux et substantiel rapport de mon excellent maître, M. Segond, dont j'approuve, d'une façon absolue, la manière de voir. Aussi ne vous donnerai-je qu'un court extrait de ma communication qui devient inutile, les conclusions auxquelles j'arrivais étant à peu près identiques. Toutefois je serais un peu moins interventionniste que M. Segond dans les hématocèles *simples*, suites de grossesses extra-utérines rompues, Il me semble, par les nombreux cas observés, que les moyens médicaux peuvent donner de bons résultats même dans des hématocèles très volumineuses.

Tout en étant peu interventionniste, je crois dangereuse l'expectation trop longue dans les cas d'hématocèles enkystées. Les exsudats enveloppant la poche sanguine deviennent facilement très épais et s'organisent. A la longue, ils peuvent arriver à gêner les fonctions des divers organes du petit bassin. C'est ainsi que j'ai constaté des rétrécissements très marqués du rectum ayant nécessité la dilatation de cet organe. Aussi j'accorde, comme extrême limite à l'expectation, un mois et demi ; si, au bout de ce temps, la tumeur sanguine n'a pas considérablement diminué, je pose les indications d'une intervention.

J'insisterai, comme M. Segond, sur la préférence que l'on doit donner à la voie vaginale dans le traitement des hématocèles lorsque l'hémorragie est arrêtée. La laparotomie doit être la voie d'exception. Autrefois, j'étais assez partisan de cette opération dans ces cas, elle me semblait être plus complète. L'expérience m'a amené, depuis quelques années, à préférer la voie vaginale, ayant constaté la plus grande gravité de l'ouverture abdominale.

J'ai trouvé l'explication de cette gravité plus grande dans l'analyse du contenu des hématocèles enkystées. Dans beaucoup de cas en effet, si on cultive le liquide sanguin qui les remplit, on trouve



des Streptocoques atténués, comme je l'ai constaté à plusieurs reprises, même dans des cas où l'on n'avait jamais remarqué de réaction fébrile. Certains auteurs ont trouvé des Coli-bacilles ou des Cocci divers. La présence de ces Microbes s'explique facilement : les grossesses extra-utérines ne surviennent en général que chez des Femmes ayant,ou ayant eu des lésions inflammatoires des annexes ou de l'utérus ; or, dans ce cas, les sécrétions des trompes ou de l'utérus conservent toujours très longtemps une virulence latente qui ne demande qu'une occasion pour se montrer. Au moment de la rupture, les sécrétions tubaires ou utérines peuvent pénétrer directement ou remonter dans le péritoine ou elles trouvent dans le sang épanché un milieu de culture favorable. C'est ce qui explique pourquoi si souvent les hématocèles, suite de rupture de grossesse extra-utérine, arrivent à la suppuration. La connaissance de ces faits indique clairement que la voie abdominale présente plus de dangers d'infection — aussi réservera-t-on cette voie aux cas bien limités : 1° de grossesses extra-utérines rompues et donnant lieu à une inondation sanguine ou à des poussées successives d'hémorragie ; 2° de grossesses extra-utérines reconnues avant leur rupture.

M. Pozzi. — La voie opératoire à choisir n'est pas une affaire de sentiment. On doit se guider sur la topographie des lésions. A-t-on affaire à une hémorragie cataclysmisque ou par poussées successives ; la voie abdominale sera préférée ; au contraire, a-t on affaire à une collection limitée plus abordable par le vagin, c'est à la colpotomie qu'on s'adressera.

Je vous présente trois fœtus que j'ai enlevés par l'incision vaginale. Dans ces cas, je fus obligé d'intervenir par cette voie parce que la collection bombait dans le vagin et que l'hémorragie était limitée, c'est donc une raison topographique qui m'a guidé. Quelquefois c'est une question hémostatique qui doit guider le chirurgien. M. Segond ne nous a pas parlé d'un procédé, peu employé il est vrai, mais qui m'intéresse particulièrement, parce que j'ai été le premier à le préconiser : c'est la laparotomie sous péritonéale utilisable pour les cas rares où la tumeur siège sur l'une des parties latérales de l'abdomen et n'est pas abordable par la voie vaginale. A un centimètre au-dessus de l'arcade crurale, on fait une incision de 8 à 10 centimètres analogue à l'incision classique pour la ligature de l'iliaque externe. Après avoir incisé couche par couche jusqu'au fascia transversal, on effondre celui-ci en dedans de la gaine des vaisseaux, puis on décolle le péritoine et on l'ouvre : lorsqu'on est arrivé sur la poche. On fait le drainage direct ou combiné avec le drainage par le cul-de-sac de Douglas que l'on ouvre consécutivement.

Doit-on sacrifier ou non les deux ovaires par une castration totale ? Il est, à mon avis, du devoir du chirurgien d'essayer de conserver à la Femme cet organe s'il est sain, et ne pas la condamner à ne plus avoir d'enfants. Parfois les malades elles-mêmes demandent le sacrifice du deuxième ovaire, le chirurgien doit réagir contre cette idée et n'écouter que sa conscience.

M. Segond. — Je répondrai tout d'abord à M. Laroyenne que je suis heureux d'être en parfaite communion d'idées sur la plupart des points importants du traitement des grossesses extra-utérines ; il n'y a que quelques questions de détail qui nous séparent, c'est affaire de tempérament chirurgical.

A M. Martin je dirai que si je suis partisan de l'incision simple du sac, il est des cas comme le sien où en est obligé de faire ce qu'on peut ; comme lui, je suis convaincu que la castration utéro-annexielle totale aurait entraîné la mort de la malade.

A MM. Jonnesco, Kiriac et Lecomte, je dirai que le danger de la castration utéro-annexielle totale me semble beaucoup plus grand que l'ouverture et la marsupialisation du kyste fœtal ; d'un autre côté, on n'a pas le droit de priver préventivement la Femme d'organes sains, les grossesses tubaires dans la seconde trompe étant fort rares, tandis que souvent on a constaté après l'enlèvement d'une trompe déchirée des grossesses utérines évoluant dans de bonnes conditions.

A M. Soloview, je dirai que les petits *ectopins* peuvent fort bien se porter et ne sont pas toujours des malformés, M. Pinard et moi en avons un bel exemple.

A M. Mangin, je répondrai que ses recherches bactériologiques sont intéressantes et prouvent une fois de plus le bien fondé du principe que j'ai posé : que l'on doit intervenir par la voie vaginale chaque fois que l'on peut. Avec M. Pozzi je suis partisan dans les hématocèles de l'ouverture simple de la poche sans enlever les caillots ; on risquerait trop de voir réapparaitre une hémorragie qui pourrait être fort dangereuse.

Présentation de mémoires :
MM. Bossi.
Barette.
Lepage.
Reboul, de Nimes.
Maurice Jourdan, de Marseille,

Dr Mangin.

ÉTUDE SUR L'EMPLOI DES COURANTS DE HAUTE FREQUENCE

en gynécologie

Par le Dr Mangin (de Marseille).

Communication faite au Congrès de Gynécologie de Marseille, octobre 1898.

Il y a quelques années à peine que M. le Pr d'Arsonval a introduit dans la thérapeutique les courants de haute fréquence, et nombreux déjà sont les travaux publiés sur l'action physiologique et l'utilisation de ces courants en médecine. Dès le début, M d'Arsonval leur a reconnu une influence réelle et très nette sur les affections par ralentissement de la nutrition, et c'est dans cette voie toute tracée que continuèrent les recherches de la plupart des médecins ; quelques-uns seulement ont essayé ces courants dans certaines affections locales (maladies de peau : Barthélemy et Oudin, Coignet et Gailleton), essais qui, du reste, ont été couronnés de succès. En Gynécologie, leur action a été à peine indiquée ; aussi avons-nous pensé qu'une étude sur l'emploi de ces courants, résumant notre pratique de deux années, pourrait offrir quelque intérêt.

Comme point de départ, nous avions les recherches physiologiques faites par M. d'Arsonval, pouvant se résumer en quelques lignes :

1° Analgésie des points par où le courant pénètre, obtenue en criblant la peau de milliers d'étincelles ; cette analgésie serait peu profonde et peu durable.

2° Action sur le système nerveux vaso-moteur, caractérisée par une dépression très marquée de la circulation artérielle ; inhibition très nette du système vaso-moteur sans que le patient éprouve la moindre sensation. Par suite de cette dilatation des vaisseaux, les tissus se vascularisent, s'hyperhémient.

3° Action sur les combustions respiratoires qui sont augmentées, sur les échanges nutritifs qui se font dans l'intérieur des tissus avec plus d'intensité ; modifications de la cellule dont la vitalité est renforcée.

4° Action d'atténuation des cultures microbiennes.

L'une des caractéristiques des courants de haute fréquence étant leur innocuité, l'expérimentation s'en trouvait par suite facilitée, les malades les acceptant aisément.

Nous avons pensé que tous les effets constatés sur l'état général devaient se reproduire localement par l'application limitée de ces courants ; aussi avons-nous cherché à en utiliser les différentes actions que nous venons de citer.

Ne nous attardant pas ici aux questions de nature de ces courants, ni à leur mode de pénétration, ni à l'analogie plus ou moins grande que certains auteurs ont voulu voir entre ces courants et l'électricité statique, nous considérons seulement leur action thérapeutique, point qui nous intéresse plus particulièrement comme médecin.

Nous verrons du reste que nous avons obtenu des résultats cliniques qu'on ne pouvait acquérir par les autres modalités électriques, résultats qui ne peuvent s'expliquer que par la pénétration des courants de haute fréquence dans l'organisme, et qui suffisent, à notre point de vue, pour les différencier d'une façon absolue des autres modes connus en médecine.

Nous nous sommes servis du dispositif habituel de d'Arsonval : puissante bobine de Ruhmkorff unie à des condensateurs reliés par un solénoïde.

Nous dérivions les courants employés aux deux extrémités du solénoïde. Nous ne parlerons pas de l'action directe de celui-ci, son application locale n'étant pas possible en gynécologie ; en effet, l'application qu'on pourrait en faire autour du bassin ressortirait plutôt d'une action sur l'état général ; or, n'ayant pas observé de faits nouveaux dans cette dernière voie, nous ne jugeons pas nécessaire de nous étendre sur ce sujet bien connu.

Le courant arrivait d'un côté dans le vagin ou l'utérus, suivant les cas, de l'autre sur le ventre par un large balai métallique ou par une électrode humide suivant l'intensité employée.

I

L'*action analgésique* a été constatée dans presque tous les cas, analgésie non seulement en surface, mais aussi en profondeur. Pour obtenir la première, il fallait cribler la peau de milliers d'étincelles courtes et chaudes ; pour l'analgésie profonde, il suffisait d'appuyer le pinceau sur la peau ou, si la sensation de picotements était trop vive, de le remplacer par une électrode humide. Toutefois, avec l'emploi du pinceau, il se produit, en plus, une action révulsive qui n'est pas à dédaigner.

L'action analgésique a été très variable de durée. Superficiellement, elle était très courte ; profondément, au contraire, elle variait entre quelques heures et plusieurs jours. Chez certaines nerveuses, elle était très durable ; il s'ajoutait certainement, dans ces cas, un élément suggestif considérable. Aussi, au début, nous avons cherché à éliminer cet élément, de façon à nous rendre compte de la réalité de l'action analgésique ; ne prévenant pas les malades de l'effet que l'électricité pourrait avoir sur elles, nous constations, après quelques minutes d'application, la disparition des douleurs à la pression ; souvent nous avons vu des malades, marchant péniblement avant leur séance, s'en aller après très allègrement, n'éprouvant plus la moindre gêne, alors que la lésion persistait ; — donc l'action analgésique est réelle.— Quant à la suggestion, il est bon de s'en aider : l'électricité étant par elle-même un puissant moyen de suggestion, il faut savoir l'utiliser à ce point de vue ; on double ainsi son action.

Parfois l'analgésie était peu durable ; nous avons remarqué que ce fait se produisait surtout lorsqu'il y avait dans les annexes des collections très tendues ou quand on constatait un état fébrile même léger.

Dans les états congestifs sans inflammation, l'analgésie ne se produisait pas, souvent même il y avait augmentation des phénomènes douloureux.

L'action analgésique était surtout marquée lorsqu'on avait affaire à des exsudats inflammatoires enveloppant plus ou moins l'utérus et les annexes, ou à des douleurs d'ordre purement nerveux : névralgies ovariennes.

Dans certaines formes de dysménorrée, par insuffisance de règles, l'analgésie était assez durable ; dans ces cas, on pourrait expliquer en partie l'action des courants de haute fréquence par leur influence sur la circulation ; mais il y a certainement une action inhibitoire sur le système nerveux ; en effet, parfois, l'analgésie était obtenue alors que les règles n'étaient pas augmentées.

II

Les courants de haute fréquence (avec leur mode d'application habituel : solénoïde et condensateur, comme l'ont constaté, dans leurs nombreuses expériences, d'Arsonval, Apostoli, Charrin, Oudin, Boinet, etc.), exercent une action très nette sur les *fonctions générales de nutrition*.

Ces courants activent les combustions, augmentent, par suite, la vitalité des tissus, par une influence analogue à celle que l'électricité produit sur les Plantes, dont la croissance est augmentée lorsqu'elles sont soumises à son action prolongée.

Après avoir constaté nous-même, localement, des effets de ce genre, nous avons pensé que des exsudats inflammatoires, non entretenus par des Microbes trop virulents, pourraient se résorber plus facilement par suite de l'exaltation des fonctions de nutrition.

Dans les observations que nous donnerons plus loin, on verra que, bien souvent, l'électricité a été employée conjointement avec d'autres moyens médicaux ; nos malades n'étant pas des malades de clientèle, nous ne pouvions guère nous livrer sur elles à des expériences exclusives, et il nous fallait réunir les différents moyens devant les ramener rapidement à la santé. Malgré cela, nous avons pu reconnaître aux courants de haute fréquence une action indéniable. Les employant, par exemple, alors que les autres traitements : repos, injections chaudes, massage, pansements, n'avaient pour ainsi dire pas amené d'amélioration, nous ne pouvions, constatant ensuite une amélioration rapide, que la mettre sur le compte de l'application de ces courants.

D'un autre côté, dans le cours du traitement, ainsi que cela nous est arrivé plusieurs fois, comme nous avons cessé l'électricité quelques jours, tout en continuant les autres moyens de traitement, et si nous voyions l'état de la malade rester stationnaire, nous étions en droit de conclure que l'amélioration progressive observée auparavant était due, au moins en grande partie, à ces courants.

Dans quelques cas, nous avons substitué les courants faradiques ordinaires ou l'électricité statique sans obtenir de résultats probants ; aussi ne saurions-nous être de l'avis du Dr Vigouroux qui prétend obtenir par l'électricité statique les mêmes effets sur la nutrition. D'une observation prolongée, sans parti pris, il paraît ressortir que cette dernière variété d'électricité a certainement une action manifeste sur l'état général, mais moins nette, surtout moins rapide, que les courants de haute fréquence, et il semble que, dans son emploi, on doive faire une plus grande part à la suggestion, du moins pour les traitements locaux.

Est-ce l'action seule sur la nutrition qui doit expliquer cette résorption rapide des exsudats, ou peut-on croire à une action directe de neutralisation des microbes, cause productive de l'inflammation ? Nous sommes obligés de mettre ici un point d'interrogation. D'après les expériences de d'Arsonval, il semblerait que, souvent, il y a atténuation de la virulence des cultures microbiennes, au moins de certaines cultures. Pour d'autres observateurs, M. Marmier, par exemple, les courants de haute fréquence n'auraient aucune action d'atténuation. Ce dernier a expérimenté seulement sur les cultures tétaniques et diphtéritiques, qui peut-être ne sont pas influencées, alors que les cultures des microbes pyogènes le sont très manifestement.

Il semble que, si l'atténuation devait se produire, elle serait d'autant plus marquée que la virulence est plus grande ; or nous avons constaté, au contraire, une aggravation des symptômes chaque fois que ces courants étaient employés lorsqu'il y avait de la fièvre. Ce n'est pas à dire pour cela que les courants exaltent la virulence ; l'aggravation peut s'expliquer autrement, par leur effet sur la circulation, par l'hyperhémie qui souvent est très marquée dans les parties soumises aux courants de haute fréquence.

L'action résolutive de ces courants, lorsqu'on a affaire à des exudats stériles ou entretenus par des Microbes peu virulents, peut s'expliquer par l'exaltation de la phagocytose et par l'action vaso-motrice sur la circulation et sur les lymphatiques, dont les facultés d'absorption sont augmentées.

La phagocytose doit être ici, à notre avis, le principal facteur à mettre en cause.

On peut comparer l'action résolutive des courants en question à celle que l'on obtient par les révulsifs divers : vésicatoires, pointes de feu, saignées locales, par certains toniques, piqûres de sérum artificiel, etc., qui tous agissent, en grande partie, par l'exaltation de la phagocytose.

Or la phagocytose ne peut s'exercer et être efficace qu'autant que les toxines microbiennes ne sont pas produites en trop grande quantité pour l'annihiler, autrement dit, qu'autant que les cultures sont atténuées.

III

En troisième ligne, nous avons constaté l'*action locale vaso-dilatatrice* des courants de haute fréquence. Ainsi, chez les malades atteintes de fibromes, de métrites, avec règles abondantes, dans les quelques cas où nous avons essayé ces courants, nous avons toujours vu les règles augmenter d'abondance.

Nous avons souvent constaté ce fait également chez des malades qui avaient été soumises, par des confrères, à un traitement par le solénoïde pour des affections générales de ralentissement de la nutrition.

Aussi ces courants nous ont-ils paru indiqués dans l'aménorrée ou dans l'insuffisance des règles. Nous avons obtenu par ce moyen des résultats excellents dans un grand nombre de cas, et souvent là où tous les emménagogues avaient échoué. — Chez des malades dont les règles avaient disparu depuis quelques mois et même plusieurs années, nous les avons vues reparaître au bout d'un nombre de séances souvent très restreint. Dans quelques cas assez rares, nous avons échoué, mais, là non plus, les autres moyens n'ont pas réussi. Peut-être



n'avons-nous pas persévéré assez longtemps, les malades perdant patience et se faisant facilement à l'idée d'une ménopause anticipée. Un insuccès s'est produit chez une malade aménorrhéique à la suite d'une salpingo-ovarite double : l'inflammation avait sans doute obstrué complètement les trompes et amené la dégénérescence des ovaires. — Une autre fois, nous avons échoué chez une jeune fille non réglée dont l'utérus était resté infantile.

Ces insuccès, somme toute, assez rares, s'expliquant par des lésions qui suppriment les fonctions des organes ou par un arrêt de développement de ces organes, ne doivent pas faire rejeter ce mode de traitement : traitement qui semble actuellement être l'un des meilleurs emménagogues, à placer bien au-dessus des produits médicamenteux, du massage manuel ou vibratoire, du tabouret vibrant, de l'application des courants faradiques ordinaires.

Généralement, une fois le premier résultat obtenu, il a fallu faire, pendant deux ou trois mois, deux séances à chaque époque menstruelle, de façon à régulariser les règles ; à la suite de ce traitement, nous avons vu survenir une grossesse chez deux Femmes stériles jusque-là, atteintes l'une d'aménorrée prolongée, l'autre, d'insuffisance de règles.

Il nous a semblé que ces courants avaient, en outre de l'action vaso-motrice, une action excitante sur l'ovulation. On ne peut guère expliquer autrement la persistance des résultats obtenus : la régularisation des règles et leur augmentation les mois suivants, l'action vaso-dilatatrice étant purement momentanée. A ce point de vue, les courants trouveront encore une application dans le traitement de la stérilité, lorsqu'on pourra soupçonner celle-ci d'être due à l'insuffisance de l'ovulation.

En résumé, nous pouvons conclure des faits observés que les courants de haute fréquence employés en gynécologie ont :

1° Une action sédative très sérieuse et durable sur les douleurs du petit bassin ;

2° Une action emménagogue très nette ;

3° Une action résolutive sur les lésions inflammatoires.

Nous donnons maintenant les observations aussi résumées que possible des malades chez lesquelles nous avons employé les courants de haute fréquence : nous passons sous silence la plupart du temps les autres traitements employés avant ou après, pour ne pas allonger outre mesure ce travail. (*Suivent 43 observations confirmant ces conclusions.*)

REVUE FRANÇAISE

L. Funck-Brentano. — DES GROSSESSES UTÉRINES SURVENANT APRÈS LA GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE. (*Thèse*, Paris 1898, et in *Presse médicale*, 4 oct. 1898.)

L'idée de son travail a été suggérée à M. Funck-Brentano par l'observation d'une malade dont l'histoire peut être résumée de la façon suivante : Une Femme très amaigrie, dans un état d'extrême oppression et se plaignant de souffrir beaucoup du ventre et des reins, est amenée dans le service de M. Rendu, dont M. Funck était l'interne.

Cette Femme avait eu, neuf ans auparavant, une grossesse extra-utérine qui avait évolué jusqu'à terme et dont elle n'avait pas voulu se laisser opérer. A la suite de cette grossesse ectopique, il était resté dans la fosse iliaque gauche une grosseur appréciable. Malgré cela, il était survenu une nouvelle grossesse, qui avait évolué normalement, et qui se termina par un accouchement spontané, malgré la présence du kyste fœtal extra-utérin.

Au moment de son entrée dans le service de M. Rendu, on constata l'existence de masses cancéreuses multiples dans l'abdomen. La malade mourut rapidement. A l'autopsie, on trouva, en effet, des noyaux cancéreux dans le grand épiploon et le péritoine. On constata, de plus, occupant toute la partie gauche du petit bassin et une partie de la fosse iliaque, une tumeur du volume d'une tête d'adulte à laquelle l'utérus était accolé.

Cette tumeur était le kyste fœtal extra-utérin répondant à la grossesse que cette femme avait eue il y a neuf ans. Dans le kyste, on trouva un fœtus roulé en boule et ayant l'aspect d'un enfant frais mort.

Dans cette observation si intéressante, on voit donc qu'une grossesse utérine normale peut succéder à une grossesse extra-utérine non opérée et se terminer par accouchement spontané.

M. Funck-Brentano a recherché, dans la littérature médicale, tous les cas anatomiques de grossesses utérines survenant après la grossesse extra-utérine opérée ou non. Il a pu recueillir 127 observations, en y comprenant son cas personnel. Sur ce nombre, il est 93 cas de grossesse utérine survenus après la grossesse extra-utérine non opérée et 34 cas de grossesses utérines survenues chez des Femmes dont la grossesse ectopique avait été traitée chirurgicalement.

Grossesses utérines survenues après des grossesses extra-utérines non opérées.— Les 93 Femmes ont donné un total de 147 grossesses utérines. Chez 37 de ces Femmes, le kyste extra-utérin ne semble avoir eu aucune influence sur les conceptions ultérieures. Chez une d'entre elles, cette influence a été heureuse, puisque, à la suite de la nouvelle grossesse, on a vu disparaître la constipation opiniâtre qui s'était établie après la grossesse extra-utérine. Chez les 54 autres, cette influence a été fâcheuse et amena des accidents. Ces accidents peuvent se manifester soit au cours de la nouvelle grossesse, soit pendant l'accouchement, soit pendant les suites de couches.

Sur 92 Femmes, 11 sont mortes au cours ou à la suite d'une grossesse utérine. Une Femme est morte sans avoir été délivrée ; une autre a succombé à une hémorragie le surlendemain de son avortement, et 8 à la suite de l'inflammation du kyste. En somme, la mortalité a été de 11,9 pour 100.

De toutes les complications, celle qui survient le plus souvent, dans les grossesses utérines consécutives à la grossesse ectopique non opérée, est l'interruption prématurée de la grossesse. On la rencontre 34 fois sur 147 grossesses. Mais, s'il n'est pas le plus fréquent, l'accident de beaucoup le plus redoutable est l'inflammation du kyste fœtal extra-utérin, et s'il n'a été rencontré que 19 fois sur l'ensemble de décès qui sont au nombre de 11, il en a produit 8 et peut-être 9.

Grossesses utérines survenues après des grossesses extra-utérines opérées. — M. Funck-Brentano a pu recueillir 34 observations de ce genre. Ces 34 Femmes ont donné un total de 40 grossesses utérines consécutives à la grossesse ectopique. Chez 30 de ces Femmes, on avait pratiqué la laparotomie ; chez 3 autres, on avait ouvert le kyste par le vagin ; une fois le fœtus extra-utérin avait été extrait par le rectum.

Or, sur tout ce nombre, on ne trouve que 3 avortements lors des grossesses utérines consécutives, et 1 cas de mort subite (peut-être due à une récidive de grossesse extra-utérine ?)

L'on voit donc combien sont plus bénignes les grossesses utérines succédant à la grossesse ectopique opérée. Ainsi que le dit Prochownick : « Si l'on considère le temps écoulé entre la grossesse extra-utérine et la première grossesse utérine consécutive ; si l'on compare les malaises généraux et locaux liés à cette nouvelle grossesse, et surtout le nombre des avortements, on voit de combien la balance penche en faveur des femmes opérées d'emblée. » En somme, l'évolution normale de la nouvelle grossesse utérine consécutive à la grossesse ectopique *opérée* est presque la règle. C'est l'inverse pour les cas où l'on n'était pas intervenu chirurgicalement. Chez ces Femmes, les nouvelles grossesses présentent, le plus souvent, des complications. Aussi, M. Funck-Brentano adopte la conclusion de son maître, M. Pinard : « Toute grossesse extra-utérine diagnostiquée commande l'intervention chirurgicale. »

M. V. Gardette. — MÉTROHÉMATOCOLPOS CICATRICIEL PAR BRÛLURES ; OPÉRATION. (*Lyon médical*, 1898, n° 29, et in *Bulletin med.*, 9 oct. 1898.)

M. V. Gardette a publié l'intéressante observation d'une Femme chez laquelle, pour arrêter une hémorragie, on fit, après l'accouchement, une injection d'eau trop chaude. Deux mois après l'accouchement, on constata la présence d'une tumeur abdominale due à la rétention du sang menstruel. Le vagin était, en effet, complètement fermé à sa partie inférieure par du tissu cicatriciel. L'opération fut pratiquée par le Dr Goullioud. On commença par faire une incision elliptique à grand axe transversal circonscrivant le noyau cicatriciel, puis on décolla la paroi antérieure du vagin de façon à isoler la vessie. La même manœuvre fut faite en arrière pour séparer le rectum. La poche fut alors incisée et il s'écoula environ deux litres d'un liquide chocolat. On réséqua alors l'anneau cicatriciel et le vagin fut suturé à la muqueuse vulvaire. Le toucher vaginal permit de constater que l'utérus était largement dilaté, ce qui prouve qu'il y avait en même temps hématométrie. La malade est sortie de l'hôpital complètement guérie.

R. PICHEVIN, *Directeur-Gérant.*

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE DAIX FRÈRES.
Maison spéciale pour Journaux et Revues.



SOMMAIRE

DE L'ABLATION DES FIBROMES PAR L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE

(Statistique personnelle)

Par G. BOUILLY

(Professeur agrégé, Chirurgien de l'Hôpital Cochin).

—

(*Communication faite au Congrès français de chirurgie, séance du 22 octobre 1898*).

Après les brillantes communications que vous venez d'entendre et l'énoncé des remarquables succès fournis par l'hystérectomie abdominale, il peut paraître osé et presque téméraire de venir parler d'une opération qui semble perdre du terrain devant l'envahissement de sa jeune rivale. L'hystérectomie vaginale, appliquée au traitement des fibromes, ne doit peut-être sa défaveur momentanée qu'à la connaissance insuffisante des résultats qu'elle peut fournir et à la date déjà ancienne de son apparition dans le monde; même pour une opération, il n'est pas bon de vieillir. Mais je suis tellement persuadé de son excellence, que je crois devoir prendre ici la parole, non pour la défendre, mais pour rappeler les résultats qu'elle peut fournir, et communiquer l'ensemble d'une pratique personnelle déjà étendue. Je n'ai nullement l'intention d'établir une comparaison entre l'hystérectomie vaginale et l'hystérectomie abdominale ; appliquées à l'ablation des fibromes comme aux lésions annexielles, l'une et l'autre ont leurs indications et ne doivent pas s'adresser aux mêmes cas.

Les remarquables progrès de l'hystérectomie abdominale ne doivent pas faire reculer les résultats déjà acquis par la voie vaginale ; ils permettent seulement d'enlever, plus surement qu'autrefois, les fibromes qu'une fâcheuse négligence ou qu'une imprudente temporisation ne permettent plus d'opérer par le vagin. A mon avis, l'hystérectomie abdominale ne doit s'adresser qu'aux tumeurs qu'il est plus difficile ou plus dangereux de faire passer par le vagin ; aussi, avec les tendances chirurgicales actuelles, avec les données plus radicales qui nous permettent d'attaquer et nous autorisent à enlever un fibrome encore petit, les indications de la voie vaginale doivent-elles devenir de jour en jour plus fréquentes, puisqu'elles visent toute une catégorie de tumeurs fibreuses, encore peu développées, dont le petit volume et la situation peu élevée représentent les conditions favorables par excellence à la voie vaginale. Si l'on croit devoir admettre la formule que « tout fibrome reconnu doit être enlevé » et partir de ce principe que ces opérations sont d'autant meilleures qu'elles sont plus précoces, il est bien certain que nombre de petits utérus fibromateux ou soupçonnés de fibromes seront sacrifiés à une période où la tumeur n'est ni gênante par son volume, ni inquiétante par ses symptômes, et où il est facile de la faire passer par le vagin. Dans ces conditions, le champ de l'hystérectomie vaginale devrait considérablement s'élargir et à cette opération devraient appartenir la très grande majorité des fibromes. Car, à volume égal de tumeurs pouvant être facilement enlevées par le vagin ou l'abdomen, en admettant des chances égales de guérison pour l'une ou l'autre voie, n'est-il pas vrai que l'avantage de la rapidité et de la simplicité opératoire reste tout entier en faveur de l'hystérectomie basse? Peut-on comparer une ablation vaginale de fibrome de quelques minutes avec les manœuvres longues et compliquées d'une laparotomie pour une tumeur de même volume, nécessitant l'hémostase préventive et définitive, la suture des ligaments larges et du péritoine pelvien, la reconstitution de la paroi abdominale? Un opérateur tant soit peu exercé pourra, dans sa matinée, sans fatigue et sans précipitation, pratiquer quatre à six hystérectomies vaginales ; pourrait-il exécuter le même nombre de laparotomies, aussi simples qu'on puisse se les figurer ? Entre ces deux opérations, en leur reconnaissant les mêmes chances de succès, n'y a t-il pas lieu de choisir la plus simple, la plus facile, la plus rapide ?

Les diverses indications de ces deux opérations ont été déjà souvent et très nettement précisées ; il n'y a pas lieu d'y revenir. Il y a lieu seulement de modifier quelques formules données d'une façon un peu trop absolue ; la hauteur de la tumeur par rapport au pubis ou à l'ombilic n'est plus suffisante pour déterminer l'indication de la voie à suivre. Un certain nombre de fibromes affleurant l'ombilic qui, il y a quelques années, nous semblaient moins dangereux à enlever par le vagin seront plus facilement et avec tout autant de sécurité sortis par l'abdomen. J'ai enlevé par la voie vaginale de gros fibromes affleurant et atteignant l'ombilic, du poids de deux kilos ou dans les environs ; mais je reconnais volontiers aujourd'hui, qu'en pareil cas, je m'adresserais à l'hystérectomie abdominale. J'appliquerais aujourd'hui également la même opération à certains fibromes peu considérables que leur volume semble attribuer à la voie vaginale, dont la limite supérieure ne dépasse pas le mi-chemin entre le pubis et l'ombilic, mais que leur développement dans le segment supérieur de l'utérus et leur situation élevée par rapport au col rendent d'un accès difficile par la voie inférieure. Une fois les insertions vaginales détachées, sous l'influence des tractions, le col et le corps utérin s'étirent, mais la masse fibromateuse ne descend pas et reste comme accrochée au-dessus du pubis ; l'accès à la tumeur est difficile ; les manœuvres du morcellement sont pénibles à commencer ; l'opération vaginale est trop laborieuse ; elle sera remplacée plus facilement par la voie abdominale. La contre-indication va encore augmenter si, à ce volume déjà considérable du fibrome ou à sa situation élevée, s'ajoutent une étroitesse et une rigidité vaginale et périnéale exagérées, comme chez les célibataires ou quelques Femmes après la ménopause. En revanche, un fibrome même de gros volume, c'est-à-dire affleurant l'ombilic, reposant sur la voûte vaginale, d'un accès facile par la paroi vaginale antérieure, bombant dans le cul-de-sac, sera facile à enlever par le vagin en dépit de son volume. *A fortiori*, devront passer par cette voie tous les fibromes petits, qui n'augmentent que d'une moitié ou d'un tiers le volume de l'utérus, et tous ceux dont la moyenne représente une grosse orange, un poing d'adulte et s'élèvent à mi-chenin entre le pubis et l'ombilic. Les indications deviennent d'autant plus marquées, que le vagin est plus large et le périnée plus souple et plus extensible. En s'en tenant à ces données, on ne risquera guère d'entreprendre par le vagin une opération difficile à conduire et à terminer, ni de faire par l'abdomen l'ablation d'une tumeur qu'il eût été beaucoup plus simple et plus facile de faire passer par en bas.

Depuis 1892, date de mes premières opérations, jusqu'à ce jour, j'ai opéré 109 fibromes par l'hystérectomie vaginale avec morcellement; jusqu'en 1892, j'avais traité les gros fibromes par l'hystérectomie abdominale avec pédicule extra-péritonéal ou avec ligature élastique perdue et les fibromes de moyen volume par l'ablation des annexes ou opération d'Hégar-Battey. Les incertitudes de la technique et des résultats rendaient les interventions beaucoup plus rares et plus réservées.

Mes opérations par la voie vaginale concernent toute une série de tumeurs de volume très variable dont les plus petites ne représentent que quelques noyaux fibromateux inclus dans le tissu utérin, n'augmentant le poids de l'utérus que de quelques grammes, et dont les plus grosses atteignent l'ombilic en hauteur, les fosses iliaques en largeur et arrivent au poids de 2 kilog. Mais, quelles qu'aient été les dimensions du fibrome, je n'ai jamais opéré uniquement *parce qu'il y avait un fibrome*, mais, toujours et seulement, parce que ce fibrome était le siège de symptômes inquiétants ou pénibles, tels que des hémorragies répétées et abondantes ou des douleurs tenaces, le plus souvent en coïncidence avec une augmentation progressive dans le volume de la tumeur.

Si l'existence seule d'un fibrome, sans symptômes concomitants, m'avait paru suffisante pour justifier une intervention, ce n'est pas *cent* et quelques opérations que j'aurais pratiquées, mais je pourrais en présenter facilement 250 ou 300. Il n'y a pas lieu d'aborder ici l'étude des indications opératoires dans les fibromes ; je dirai seulement, d'une manière générale, que, sans considérer tout fibrome comme un néoplasme qu'il est urgent d'enlever et qui ne saurait être abandonné sans danger pour l'avenir de la Femme, il est nécessaire aujourd'hui de beaucoup élargir les indications opératoires et de s'attaquer franchement à la tumeur, même petite, dès qu'elle présente des signes d'accroissement ou qu'elle devient la cause de troubles fonctionnels. Grâce à cette doctrine, on ne verrait plus venir au chirurgien, comme à *l'ultima ratio*, à bout de forces et de ressources, des malades arrivées au dernier degré de la cachexie hémorragique ou présentant ces énormes tumeurs dont l'ablation charge encore le bilan mortuaire de l'hystérectomie abdominale. S'il nous était donné de voir les fibromes jeunes et peu développés et si nous avions la bonne fortune de les opérer dès les premières manifestations de leur accroissement ou de leurs symptômes, l'ablation de ces tumeurs deviendrait une des opérations les plus bénignes de la chirurgie gynécologique. Nous sommes loin encore de cet idéal et l'examen du poids et du volume des fibromes que j'ai enlevés et des conditions générales, souvent désastreuses, dans lesquelles j'ai dû opérer, plaide en faveur d'une intervention qui, dans beaucoup de cas, aurait dû être plus précoce.

Dans mes observations, le *poids* du fibrome enlevé par la voie vaginale est noté 34 fois ; dans 35 cas, les *dimensions* de la tumeur sont appréciées par rapport au niveau de l'ombilic ou de la symphyse, ou par comparaison avec un volume moyen connu, tel que le poing, une orange, un œuf de poule. L'appréciation clinique est en général inexacte ; le plus souvent, au moment de l'opération, la tumeur apparaît plus volumineuse qu'elle n'était décelée par le toucher et le palper. Au contraire, d'après mes observations, l'erreur inverse est facilement commise quand il s'agit d'apprécier le volume de lésions annexielles, salpingites ou salpingo-ovarites : celles-ci paraissent plus volumineuses à l'examen qu'elles ne le sont en réalité.

Le poids des fibromes enlevés varie entre 2 kilogr. et 230 gr. et est rapporté dans le tableau suivant par échelle décroissante :

2 kilos.		860 gram.		600 gram.	
1.970 gram.		850 »	2 fois.	540 »	
1.900 »		820 »		430 »	
1.800 »	2 fois.	800 »	3 fois.	400 »	4 fois.
1.300 »		750 »	2 »	370 »	
1.100 »		680 »		350 »	
950 »		650 »		320 »	
900 »	2 fois.	620 »		300 »	
				230 »	

Les *dimensions* notées sont en *hauteur* :

Jusqu'à l'ombilic et même le dépassant.......	2 fois.
Presque jusqu'à l'ombilic ...	4 »
Mi-chemin entre l'ombilic et le pubis........	8 »
A trois travers de doigt au-dessus de la symphyse..................................	3 »

Elles sont appréciées en *volume* de la façon suivante :

Comme une tête de fœtus à terme............	2 »
De la grosseur des deux poings...............	3 »
De la grosseur d'un poing d'adulte...........	5 »
De la grosseur d'une orange.................	7 »
De la grosseur d'un œuf de Poule............	3 »

Dans les autres observations, par une négligence regrettable, le poids et le volume des tumeurs n'ont pas été notés.

Ainsi donc, en résumé, le poids des fibromes enlevés par l'hystérectomie vaginale a varié entre 2 kilogr. et 230 gr. et le volume entre celui de grosses tumeurs allant jusqu'à l'ombilic et le dépassant même et de petits fibromes du volume d'un œuf de Poule ! Nous voilà bien loin des indications beaucoup trop restreintes formulées dans l'un des plus récents traités de gynécologie où l'hystérectomie vaginale n'est admise que pour les fibromes qui ne dépassent pas ou qui dépassent peu le niveau de la symphyse, tandis que tous ceux, dont le niveau supérieur dépasse la symphyse, sont considérés comme justiciables de l'hystérectomie abdominale !

La *durée* de l'opération est beaucoup plus courte qu'on ne se le figure généralement ; pour les fibromes qui n'augmentent le volume de l'utérus que d'un tiers ou de moitié, qui n'ont pas un volume plus gros qu'un œuf de Poule ou qu'une orange, toute l'opération ne demande pas plus de cinq à dix minutes et je suis persuadé qu'en brusquant un peu les temps, on peut encore la réaliser plus vite. Pour les fibromes de moyen volume, arrivant à trois travers de doigt au-dessus de la symphyse, à mi-chemin entre la symphyse et l'ombilic, vingt minutes représentent la durée moyenne des manœuvres. Les gros fibromes qui affleurent l'ombilic et, à fortiori, ceux qui l'atteignent demandent une séance de 35 à 45 minutes ; une seule fois, j'ai atteint une heure et cependant il ne s'agissait pas d'un gros fibrome, puisqu'il ne pesait que 760 gr. Mais la tumeur était ramollie, œdématiée, intra-cavitaire, se déchirant sous la traction des pinces, échappant par sa mollesse à l'action du couteau et nécessitant un véritable déchiquetage avec des pinces à cadres. L'observation note, avec points d'exclamation, que l'opération dura une heure, tandis que dans tous les autres faits il est spécifié « opération facile, opération courte, opération sans incidents ». Ce ramollissement de la tumeur constitue une détestable condition pour le morcellement et par suite pour l'hystérectomie vaginale ; de même, la présence de noyaux fibromateux multiples enchâssés dans le tissu utérin allonge la séance et rend les manœuvres plus difficiles. Mais qu'on ne vienne pas exagérer la durée des manœuvres ! qu'on n'écrive pas « que l'opération est toujours longue », que pour les fibromes qui remontent à l'ombilic, elle dure *deux*, *trois* heures !!

Il y a là une exagération évidente ou une mauvaise connaissance des faits ; trois quarts d'heure peuvent être considérés comme un maximum pour les cas difficiles ou laborieux et actuellement je rends à l'hystérectomie abdominale les cas de ce genre dans lesquels on peut prévoir une trop grande longueur ou un labeur pénible par le vagin. En revanche, rien de plus brillant qu'une hystérectomie vaginale de quelques minutes pour un fibrome du volume du poing, d'une orange et à *fortiori* encore moins développé !

Je passe rapidement sur les *lésions anatomiques concomitantes* découvertes au cours de l'opération et pouvant la rendre plus difficile ou l'aggraver ; 6 fois, en même temps que le fibrome il existait un cancer de l'utérus (épithélioma du col 4 fois, épithélioma du corps 2 fois) ; 14 fois, il a été trouvé des annexes malades (ovaires kystiques 6 fois, salpingites, hydro ou hémato-salpingites 6 fois, salpingite suppurée 1 fois), 1 fois, un kyste de l'ovaire contenant un litre de liquide, enlevé en même temps par la voie vaginale.

1 fois, une hématocèle rétro-utérine qui se trouva ouverte et vidée par l'incision du cul-de-sac postérieur.

Dans un seul cas, j'ai trouvé une *ascite* volumineuse qui m'avait fait songer à une dégénérescence maligne du fibrome, alors qu'il n'en était rien.

Les *résultats opératoires* ont été les suivants : sur 109 opérations, j'ai obtenu 101 guérisons et j'ai eu 8 cas de mort, soit une mortalité de 7.33 %.

Avant d'entrer dans le détail des causes de la mort, je rappelle que je n'ai *jamais* opéré une *seule* malade à cause de la *seule* présence du fibrome, que la plupart de ces malades étaient dans un état général grave, la plupart anémiées à l'extrême et perdant encore du sang, que beaucoup étaient dans un état assez inquiétant pour qu'il ait été jugé prudent de ne les opérer qu'après une période prolongée de relèvement des forces par les toniques et les injections sous-cutanées de sérum et que, dans bon nombre de cas, les conditions étaient assez mauvaises pour faire craindre une issue funeste. Je n'ai jamais choisi les cas ; je les ai opérés tels qu'ils se présentaient, faisant passer la nécessité de l'indication avant toute autre considération.

Deux malades sont mortes rapidement, l'une le jour même de l'opération par véritable choc opératoire, sans hémorragie ; l'autre le 2e jour par embolie pulmonaire. Toutes deux étaient arrivées au dernier degré de la cachexie anémique ; la seconde avait une phlegmatia des veines du membre infé-



rieur gauche. Quelle que fût l'opération choisie, l'une et l'autre étaient presque inévitablement condamnées.

Une troisième succomba le 57e jour après son opération ; au 10e jour, elle présenta les symptômes d'une embolie pulmonaire suivis des signes d'une broncho-pneumonie et d'une phlébite des veines du mollet gauche ; je la range au nombre des cas infectés.

Tout récemment, une malade a succombé au bout de 44 heures après l'opération, sans que la cause de la mort ait pu être déterminée, et alors que la veille, rien ne pouvait faire prévoir ce dénouement fatal. L'opération avait été assez laborieuse ; le fibrome était volumineux et élevé ; le vagin étroit et rigide ; mais la malade n'a pas succombé au choc opératoire, ni à l'infection septique.

Les 4 autres décès sont manifestement dus à la *septicémie péritonéale. Une fois* dès le premier jour, la température commença à s'élever pour atteindre 39° le 4e jour et la malade mourut le 6e jour, présentant une péritonite suppurée généralisée et du pus dans les plèvres. L'opération avait été des plus faciles, faite pour enlever un petit fibrome du volume d'une mandarine situé dans la corne gauche de l'utérus, ayant déterminé des hémorragies profuses. On ne peut accuser qu'une faute d'antisepsie ; la nature de l'opération en elle-même n'y est pour rien.

Dans les 3 autres cas, la septicémie péritonéale me paraît due à une circonstance opératoire expressément notée dans les observations, à savoir le prolapsus, à la fin de l'opération, des anses intestinales et de l'épiploon dans le vagin. Ce prolapsus est réduit à l'aide de tampons et maintenu réduit par un tamponnement iodoformé qui, en pareil cas, est enfoncé assez profondément dans la cavité péritonéale. Souvent, au premier pansement, vers le 4e jour, les anses intestinales ont encore tendance à prolaber et à faire hernie dans le vagin ; elles apparaissent au niveau de la brèche vaginale, mobiles et flottantes comme si l'on venait de terminer l'opération ; souvent elles sont accompagnées par de l'épiploon ; elles doivent être de nouveau réduites et maintenues réduites. Il y a là une cause certaine d'infection et je n'en trouve pas d'autre dans les trois cas que j'ai relevés. Cette septicémie péritonéale marche lentement ; il s'agit d'une péritonite subaiguë probablement localisée d'abord au péritoine pelvien, se traduisant surtout par des phénomènes de paralysie intestinale pouvant faire croire à de l'obstruction, puis se généralisant peu à peu et amenant la mort vers le 10e ou le 12e jour. Aujourd'hui, grâce à un détail de technique sur lequel j'insisterai dans un instant, je n'observe plus cette complication.

Parmi les complications opératoires, je note *une* fois une blessure de la vessie reconnue et suturée de suite, guérie sans fistule, 2 fois une fistule vésico-vaginale ayant nécessité une suture secondaire. Jamais *l'uretère* n'a été intéressé, pas plus que dans les très nombreuses hystérectomies vaginales que j'ai pratiquées pour le cancer de l'utérus ou les lésions des annexes.

Je ne saurais ici entrer dans les détails de la technique opératoire ; j'ai l'habitude de pratiquer le morcellement des fibromes et l'ablation de l'utérus, sans hémostase préalable, avec hémostase définitive à la fin de l'opération à l'aide de quatre pinces en moyenne. Les manœuvres du morcellement se font toujours d'après le même procédé, par l'attaque le plus souvent du fibrome à sa face antérieure, plus rarement, suivant la disposition des parties, par sa face postérieure.

Je ne veux insister que sur un point de technique ayant trait aux derniers temps de l'opération, à savoir la suture des parois vaginales et la fermeture partielle de la brèche vagino-péritonéale. Une fois les pinces appliquées de chaque côté, l'hémostase étant bien assurée, un tampon de coton hydrophile ou une épongée montée maintenant les anses intestinales et les empêchant de prolaber dans le vagin, la tranche vaginale antérieure et postérieure est saisie et tendue par deux pinces tire-balles ; à l'aide d'une forte aiguille courbe à manche, un catgut n° 2 est passé sur la ligne médiane à travers la lèvre de section des parois vaginales antérieure et postérieure et les affronte, pendant qu'à droite et à gauche les pédicules vasculaires sont légèrement attirés par en bas et maintenus dans le vagin au-dessous de la ligne de réunion, en dehors de la cavité péritonéale. Toute possibilité de prolapsus intestino-épiploïque se trouve prévenue ; les anses intestinales ne sont plus au contact direct du tamponnement vaginal ; les pédicules et les pinces se trouvent en grande partie, sinon totalement, en dehors de la cavité péritonéale. Le drainage se trouve néanmoins largement assuré par les parties latérales de la brèche vaginale non suturées.

Cette manière de faire, recommandée en particulier par M. Rouffart (de Bruxelles), me semble constituer un progrès considérable dans la technique de l'hystérectomie vaginale ; je l'applique d'une manière systématique après les ablations de fibrome, de cancer, d'annexes suppurées ou non, toutes les fois qu'il n'y a pas lieu de laisser largement ouverte la brèche vagino-péritonéale, comme après l'ouverture de foyers suppurants dont les parois n'ont pu être extirpées en totalité.

Les suites opératoires sont de ce fait très simplifiées ; la douleur immédiate est très atténuée par l'absence du contact du tamponnement et des pinces avec le péritoine pelvien et les anses intestinales ; l'irritation de la séreuse est réduite au minimum et cette absence d'irritation péritonéale se traduit par la faible quantité du suintement séreux dans les heures qui suivent l'opération ; les chances d'infection se trouvent considérablement diminuées.

Je termine cette communication et la résume de la façon suivante : en ne demandant à l'hystérectomie vaginale que ce qu'elle peut donner, c'est-à-dire en restreignant ses indications à l'ablation des fibromes petits et de moyen volume facilement accessibles, en faisant bénéficier l'opération des derniers perfectionnements de la technique et en particulier de la fermeture partielle du vagin, on gardera pour le traitement des fibromes utérins une intervention présentant au maximum les conditions de simplicité, de bénignité et d'efficacité.

CONGRÈS DE GYNÉCOLOGIE DE MARSEILLE

Séance du lundi 11 *octobre* 1898.

Nature et traitement de la rétroversion utérine : un procédé de vagino-fixation.

Par M. Richelot.

Beaucoup de chirurgiens ont abusé des opérations destinées à redresser l'utérus rétrodévié et n'assurant contre la récidive qu'à la condition de donner à l'utérus une position forcée et de créer soit de nouvelles douleurs, soit des obstacles au libre cours de la grossesse et de l'accouchement. D'autres auteurs, réagissant contre cette tendance, attachent peu d'importance à la rétrodéviation et ne veulent tenir compte que des lésions concomitantes, métrite, relâchement périnéal, salpingite, etc. Ils proscrivent le redressement opératoire, l'hystéropexie, soit par le vagin, soit par l'abdomen. Ils accordent cependant qu'il est bon de fixer l'utérus dans une position normale, mais se bornent à l'emploi du pessaire et de la ceinture hypogastrique. Il y a des cas, sans doute, où la déviation n'est qu'un épiphénomène sans importance au milieu des lésions infectieuses de la cavité pelvienne. Mais il y a aussi des rétroversions indépendantes, qui méritent d'être traitées pour elles-mêmes. Elles surviennent chez les arthritiques nerveuses ; elles ont pour cause, même en l'absence de toute distension produite par la grossesse et l'accouchement, même chez les vierges, le relâchement des tissus fibreux et en particulier des ligaments utérins. L'utérus dévié est en même temps congestionné et névralgique ; il l'est en l'absence de toute infection surajoutée et parce que la malade est une arthritique nerveuse : d'autre part, la congestion et la douleur sont entretenues par la position vicieuse, les troubles vasculaires qui en résultent, la flexion au niveau de l'isthme, les compressions anormales. Or, souvent la réduction fait cesser comme par enchantement tous les troubles. Il y a donc un traitement de la rétroversion, il y a des rétroversions qu'il faut réduire, et il vaut mieux chercher à perfectionner les moyens efficaces que d'en nier la valeur.

La question ainsi posée, le traitement de la rétrodéviation utérine se compose de trois termes : *a*) pessaire et ceinture abdominale ; *b*) massage utérin ; *c*) hystéropexie.

La ceinture n'est qu'un utile auxiliaire. Le pessaire peut être efficace dans les cas simples, mais il est illusoire ou impossible chez beaucoup de femmes. Le massage est infiniment supérieur, il rend de grands services. Il amène la décongestion de l'utérus

et la réduction spontanée ; il triomphe d'adhérences légères ; il convient aux cas d'étiologie complexe où l'infection joue un rôle, en provoquant dans le tissu utérin des modifications nutritives que le traitement chirurgical de la métrite a pu laisser inachevées. Mais il est d'une application délicate. quelquefois impossible, et il ne met pas toujours à l'abri des récidives. Le traitement opératoire mérite notre confiance et ne doit pas être abandonné comme on l'a dit. La première condition, c'est de ne pas opérer un utérus trop malade, et de guérir d'abord la métrite si elle existe ; on peut cependant réserver, pour le jour même de l'hystéropexie, une opération sur le col ou sur les ovaires polykystiques. L'hystéropexie abdominale est une excellente opération, qu'on a trop calomniée. Elle favorise la conception et guérit bon nombre de Femmes. Les accidents pendant la grossesse, les présentations vicieuses et les dystocies sont le résultat d'une mauvaise technique, de la fixation du fond de l'utérus, car l'utérus gravide se développe surtout par son fond, et, pour qu'il ne soit pas gêné, il faut placer les fils exclusivement sur la face antérieure, au-dessous des orifices tubaires.

De même, pour l'hystéropexie vaginale. Les procédés de Duhrssen et de Mackenrodt assurent contre la récidive, mais ils sont responsables de nombreux accidents pendant la grossesse et à terme ; c'est qu'ils sont excessifs, donnent à l'utérus une position forcée, l'enclavent sous la vessie, et emprisonnent le fond de l'organe. Avant tout, le fond doit rester libre. Voici comment M. Richelot propose de simplifier et d'améliorer la vagino-fixation : le col est attiré à la vulve au moyen d'une pince à traction, le cul-de-sac antérieur du vagin est incisé transversalement, et on s'achemine avec précaution vers le cul-de-sac péritonéal qui, à son tour, est largement ouvert. On peut alors explorer le petit bassin, détacher quelques adhérences, etc., puis on procède à la fixation. Les parois vaginales étant écartées, on voit dans la plaie du cul-de-sac antérieur la surface péritonéale de l'utérus. L'organe saisi avec une pince-érigne, à deux centimètres au-dessus de l'isthme, est attiré en avant, tandis qu'on ôte la pince à traction pour laisser le col se porter en arrière. L'utérus bascule et s'applique dans l'aire de la plaie vaginale, mais son fond reste caché. Il est bien entendu qu'on laisse le fond libre, qu'on ne l'insère pas dans la plaie, qu'on ne cherche pas à le voir. Alors, prenant dans une pince à disséquer la lèvre supérieure de l'incision dans sa moitié gauche (à droite de l'opérateur) et à quelque distance de la ligne médiane, on y enfonce l'aiguille courbe, on la fait cheminer transversalement dans la paroi antérieure de l'utérus, et sortir symétriquement dans la moitié droite de la même lèvre. Un premier fil (toujours du catgut) est ainsi placé. Il faut songer à ne pas blesser la vessie. Le trajet intra-pariétal de l'aiguille doit être à bonne hauteur, c'est-à-dire au-dessous de la région des cornes utérines, de manière à laisser le fond libre tout en permettant d'échelonner deux autres fils au-dessous du premier. Le second et le troisième sont placés de la même façon, au-dessus de l'isthme, bien entendu. En serrant les trois fils, on obtient une plaie verticale et médiane. Il reste à achever la réunion par quelques points de suture.

Le cul-de-sac vésico-utérin est supprimé et la surface utérine d'adhésion est unie au vagin lui-même dans toute sa hauteur. Elle n'est pas unie à la vessie et ne lui demande rien ; il ne s'agit, à aucun degré, d'une vésico-fixation. Elle est à peu près la même que dans l'hystéropexie abdominale, et doit avoir la même solidité. La seule différence est que l'utérus conserve sa place naturelle dans le petit bassin.

Discussion.

M. Albert Martin (de Rouen).— Je ne considérerai que les hystéropexies, abdominale et vaginale, dans la réponse que je veux faire à M. Richelot je me placerai plutôt sur le terrain obstétrical. Cependant, je dois dire que je ne crois guère aux bons résultats de la vagino-fixation, parce qu'elle consiste à fixer l'utérus à une paroi trop peu résistante pour que la nouvelle position donnée à cet organe soit durable. Cela me rappelle le mot de Trélat qui comparait cette opération au fait d'enfoncer un clou dans une tapisserie. Cela ne tient pas. Donc, pour ma part, je préfère l'hystéropexie abdominale qui prend dans la paroi abdominale un point d'appui plus solide.

C'est à cette méthode que j'ai toujours eu recours et je m'en suis très bien trouvé. Non seulement, en pareil cas, l'utérus est demeuré dans sa nouvelle position, mais il n'a pas été cause d'accidents graves lors de grossesses et d'accouchements consécutifs. J'ai accouché moi-même des Femmes à qui j'avais fait l'hystéropexie abdominale ; et je sais à quoi m'en tenir à cet égard. Toutefois je me hâte de dire que j'ai toujours pris soin de passer mes sutures le plus bas possible sur la face antérieure de l'utérus. Je laissais ainsi au fond de cet organe et à sa paroi postérieure toute facilité de se prêter à la distension et l'ampliation considérable qu'amène la grossesse. De ce fait, je n'ai provoqué aucun trouble ni dans l'accommodation, ni dans les phénomènes mécaniques du travail.

Quant à l'hystéropexie vaginale, outre les inconvénients thérapeutiques que je signalais plus haut, je lui reproche de constituer un danger considérable, au point de vue obstétrical.

Ces dangers ont été signalés dans un grand nombre de cas, surtout en Allemagne, où l'on a abusé de l'hystéropexie vaginale. C'est parce que certaines Femmes avaient subi cette opération, qu'il a fallu, chez elles, terminer des accouchements épouvantablement difficiles et dangereux, par l'opération césarienne ou l'embryotomie. C'est également dans ces cas qu'on a constaté des ruptures utérines suivies de mort.

Tous ces faits ont déjà été relevés, mais il est bon d'y insister encore. M. Richelot ne pourra les contester, puisque lui-même vient nous dire que ses résultats sont incomplets, aucune grossesse n'étant survenue chez ses anciennes opérées.

C'est pour ces raisons capitales que je demeure partisan résolu de l'hystéropexie abdominale, adversaire acharné de la vagino-fixation.

M. Dubourg rappelle l'utilité du curettage, du massage utérin et du redressement avec l'Hegar dans les déviations utérines.

M. Pozzi dit qu'il ne veut pas parler des rétrodéviations dues à une métrite ou à une annexite qui sont la majorité ; il s'occupe seulement des utérus sains, intacts, qui restent en arrière ; il rappelle les résultats de la vagino-fixation en Allemagne, où, à un moment donné, on a eu un véritable engouement pour cette opération ; ils ont été mauvais, car : 1° ou on fixe peu et cela ne tient pas ; 2° ou si on fixe trop haut, c'est au risque de compromettre l'évolution d'une future grossesse et d'amener des accidents dystociques. La vagino-fixation est bonne pour les utérus sains chez des Femmes ayant dépassé la ménopause (et il y en a peu) ; il conclut en disant que l'hystéropexie vaginale est mourante à l'étranger où elle a eu tant de vogue.

M. Richelot insiste et dit qu'il faut que la surface utérine d'adhésion, dans l'hystéropexie vaginale, soit aussi grande que la surface utérine d'adhésion dans l'hystéropexie abdominale.

Kyste dermoïde du bassin en évolution anormale,

Par M. Reboul (de Nîmes).

Parmi les kystes dermoïdes du bassin que le docteur J. Reboul a eu l'occasion d'opérer, il en a observé deux qui ont présenté une évolution anormale :

Observation I. — *Infection puerpérale. Kyste dermoïde suppuré. Ablation ultérieure du kyste ; guérison.*

Mme X..., âgée de 22 ans, avait accouché normalement le 5 avril 1897 et avait été assistée par une sage-femme. Cinq jours après, infection puerpérale, un médecin appelé institue le traitement indiqué, constate une volumineuse tumeur fluctuante occupant la partie inférieure de l'abdomen et la fosse iliaque gauche et demande une intervention chirurgicale qui est refusée par la famille. Un second médecin, appelé en consultation, partage l'avis de notre confrère. La famille refuse encore toute intervention et confie la malade à un médecin homœopathe. L'état de la malade s'aggravant de plus en plus, les deux premiers médecins sont rappelés et exigent une opération urgente. Le docteur Reboul, appelé, pense à une salpingite suppurée ou à un phlegmon du ligament large, d'origine puerpérale. Laparotomie sous-péritonéale à gauche. On découvre une paroi kystique épaisse, rougeâtre. La tumeur est ponctionnée, puis incisée ; il s'en écoule environ 2 litres de pus blanc crémeux, d'odeur infecte, puis environ un litre d'un liquide huileux tenant en suspension de la matière sébacée et des touffes de poils bruns. Marsupialisation de la poche : drainage. Suites régulières. Amélioration rapide de l'état général de la malade. — Trois mois après, la paroi kystique fait hernie à travers l'orifice de marsupialisation, sous forme d'un champignon dermoïde, hérissé de poils, du volume d'une grosse noix et qui se pédiculise. Section du pédicule au thermocautère. Guérison définitive, rapide. — Dans ce cas, l'infection puerpérale a fait apparaître un kyste dermoïde latent jusqu'alors et l'a fait suppurer ; c'est un fait à ajouter à ceux rapportés par Bouilly.

Obs. II. — *Kyste dermoïde de l'ovaire gauche. Trois ruptures spontanées intra-péritonéales. Ovariotomie. Guérison.*

Mme X..., âgée de 38 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, de Nîmes, le 12 mai 1898, pour un kyste de l'ovaire ayant apparu un an auparavant et qui s'était rompu dans l'abdomen en septembre 1897 et janvier 1898. A chacune de ces disparitions de la tumeur, la malade avait éprouvé des douleurs abdominales, des nausées, et surtout une diarrhée profuse. Etant donné l'histoire pathologique de cette malade, le docteur Reboul la met en observation. Le 20 mai, le kyste qui atteignait l'ombilic, disparaît brusquement après un repos. La malade présente les mêmes symptômes que lors des précédentes ruptures. Dix jours après, le kyste s'étant reproduit en partie, le

docteur Reboul fait une laparotomie. Le kyste ne présente que des adhérences épiploïques, pédicule étroit. Ponction, énucléation du kyste, section du pédicule. Suture de la paroi abdominale en 3 étages. Suites normales, sauf un petit abcès d'un fil profond. — La cavité du kyste contenait un liquide jaune citrin, légèrement trouble, de la matière sébacée et des touffes de poils. La paroi était dermoïde et présentait, par places, des îlots de végétations papilliformes et des plaques osseuses disséminées. Au milieu d'un îlot de végétations, la paroi kystique amincie était réduite à une membrane translucide ; c'est en ce point que se faisaient probablement les ruptures, par un processus analogue à celui qui se produit pour les perforations du prépuce par les végétations balano-préputiales. — La rupture intra-péritonéale des kystes ovariques est généralement loin d'être aussi bénigne que dans ce cas. Aussi, quoique la rupture puisse, comme dans cette observation, se produire à trois reprises, sans accidents graves, l'ovariotomie est indiquée formellement, ainsi que dans la torsion du pédicule, et l'on ne doit pas attendre que l'infection, toujours possible, du liquide kystique entraîne la mort par son irruption dans la cavité péritonéale.

Valeur comparative de l'hystérectomie vaginale et abdominale dans le traitement des fibromes utérins et du cancer du col,

Par le Docteur Dubourg,
Chirurgien de l'hôpital Saint-André de Bordeaux.

J'ai eu l'occasion, dans ces dernières années, de pratiquer 44 hystérectomies, tant vaginales qu'abdominales, pour le traitement des *fibromes utérins* et du *cancer du col*. Du dépouillement de ces observations, de leur étude comparée, des résultats acquis, semblent aujourd'hui se dégager pour moi certains points de pratique, et une ligne de conduite plus rationnelle que j'ai tenu à soumettre à votre appréciation et qui m'ont permis de m'arrêter aux conclusions suivantes.

Dans le traitement des *fibromes utérins*, je suis de moins en moins partisan de l'*hystérectomie vaginale*. C'est une méthode peu sûre, difficile parfois, longue et laborieuse si l'utérus descend mal ou présente un trop grand volume ; même dans les cas les plus simples, la septicémie ou l'hémorragie peuvent amener des désastres, sans compter tous les accidents qui peuvent résulter de la blessure de la vessie ou des uretères.

L'*hystérectomie abdominale*, mieux réglée, plus sûre, reste pour moi l'opération de choix. Sa statistique deviendra bien meilleure quand on ne la réservera plus seulement aux cas les plus graves, comme on l'a fait jusqu'ici.

Elle sera *partielle* ou *totale*, suivant le tempérament du chirurgien, ses habitudes opératoires, et aussi suivant chaque cas particulier. Pour moi, je la préfère *partielle* pour les petits fibromes mobiles, avec intégrité des ligaments larges et du col utérin ; *totale* pour les cas plus compliqués, où de grands désordres dans le tissu cellulaire nous autoriseront à faire un drainage par la brèche vaginale, après avoir reconstitué toutefois dans son intégrité le péritoine pelvien.

Quant aux *cancers de l'utérus*, il me semble démontré que les grandes interventions par la *voie vaginale*, aussi complètes qu'elles puissent être, n'ont pas donné de meilleurs résultats que les opérations palliatives, avec plus de dangers à courir. Toutefois, je veux encore faire quelques réserves pour l'*hystérectomie abdominale* ; en ce qui me concerne, je suis bien décidé à persévérer dans cette voie, pour les cas opérables, jusqu'à ce que l'expérience m'ait démontré qu'il n'y a pas plus à compter sur l'une que sur l'autre.

Discussion :

M. Delanglade (de Marseille). — Je proteste avec énergie contre les attaques dont l'hystérectomie vaginale a été l'objet et je la considère comme de beaucoup préférable, dans certains cas, à l'hystérectomie abdominale. Certains reproches portés contre l'emploi des pinces à demeure tombent d'eux-mêmes depuis l'emploi de l'angiotripsie préconisée par Tuffier et j'ai fait quelques hystérectomies vaginales en employant l'angiotribe de M. Tuffier ; les résultats ont été excellents : immédiatement après l'opération, les malades n'ont éprouvé aucune douleur, l'hémostase a été parfaite.

M. Pozzi. — Dans les opérations abdominales, on peut aujourd'hui trouver toujours la cause des accidents mortels.

Le *shock*, tel que le définissent les anciens, n'existe pas ; le plus souvent, cet état est produit par une hémorragie prolongée pendant l'opération, hémorragie avec laquelle on ne compte pas assez et qui met la malade dans un état d'infériorité très marqué de résistance, surtout si déjà le cœur ou le rein sont malades. Dans ces derniers cas, le cœur ne réagit pas, le rein n'élimine pas. L'intoxication du chloroforme vient s'ajouter pour augmenter la dépression.

La mort subite par embolie peut s'expliquer par le fait que certains fibromes s'accompagnent d'une énorme dilatation variqueuse des veines du ligament large. De là résultent des stases et des formations de caillots qui peuvent se détacher, j'en ai observé un cas au quinzième jour.

Au point de vue technique, la question de l'hystérectomie abdominale est remise à l'ordre du jour. Je préfère toujours l'hystérectomie vaginale dans les fibromes au-dessous de l'ombilic, lorsqu'ils ne s'étendent pas trop transversalement et qu'on peut les abaisser.

Lorsqu'on opère, on doit toujours raser l'utérus en plaçant les pinces ; on doit considérer l'utérus comme un os auquel on voudrait faire une résection sous-périostée. On préférera l'hémisection antérieure ; parfois il sera bon de réséquer le col pour pouvoir avancer.

L'hystérectomie abdominale est véritablement séduisante, mais, malgré tout, elle est encore beaucoup plus dangereuse que l'hystérectomie vaginale.

Je suis de l'avis de M. Dubourg sur la question de l'épithélioma. L'hystérectomie ne donne en général que des survies de douze à quinze mois en moyenne. Il semble que, par le traitement palliatif, curage et cautérisation énergique avec le vieux cautère olivaire, on obtienne des survies tout aussi considérables, peut-être même plus longues, qu'avec le traitement radical de l'enlèvement de l'utérus.

M. Dubourg répète que, depuis deux ans, il revient à l'hystérectomie abdominale, car avec l'hystérectomie vaginale il avait des accidents qu'il ne pouvait s'expliquer.

M. Pozzi. — Sur la question de l'angiotripsie, je réserve encore mon jugement. M. Doyen, qui a été le premier à préconiser cette méthode, a eu des accidents graves et il se croit souvent obligé actuellement de mettre un fil sur les pédicules écrasés, il y a donc encore une imperfection dans la méthode ou dans les appareils employés.

Entéro-colite muco-membraneuse d'origine utéro-annexielle,

Par M. Henry Reynès (de Marseille).

Contrairement aux médecins qui ont successivement attribué l'entéro-colite muco-membraneuse à la constipation, à l'atonie intestinale, à l'hyperchlorhydrie, à la neurasthénie, à l'herpétisme, ou à l'arthritisme, je crois que, la plupart du temps, l'entéro-colite est sous la dépendance directe des phlegmasies utéro-annexielles. L'inflammation se propage des organes génitaux au rectum ou à une autre portion de l'intestin par les lymphatiques, les ligaments et par les exsudats et les adhérences pathologiques, qui unissent entre eux ces divers organes.

Cette théorie, émise pour la première fois par Nonat, explique bien la si grande fréquence de l'affection chez la Femme. Elle est aujourd'hui défendue par bien des auteurs, et cependant trop peu connue : cela tient à ce que ce catarrhe intestinal passe quelquefois inaperçu ; cela tient surtout à ce que les malades sont mal interrogées ; les médecins ne voient que l'entéro-colite ; les chirurgiens ne voient que les lésions génitales ; les uns et les autres méconnaissent ainsi le rapport de cause à effet qui rattache les inflammations pelviennes à l'entéro-colite.

Cette notion de l'entéro-colite, considérée comme complication des affections utéro-annexielles, a une haute importance thérapeutique. Il faudra, avant tout, faire un traitement génital et local : opérations gynécologiques, massage utérin et annexiel, injections chaudes, lavements d'eau salée chaude. Les régimes alimentaires appropriés, les douches, contribueront à la guérison ; mais il ne faut pas employer les douches froides ; car ces Femmes en général déprimées, anémiées, à coefficient vital diminué, à hypoazoturie presque constante, supportent mal le froid : il faut, chez elles, prescrire plutôt l'hydrothérapie tiède ou chaude, l'*hydro-thermothérapie*.

REVUE FRANÇAISE

Manouélidès. — de la salpingo-ovariotripsie. (*Echo médical de Lyon*, 15 oct. 1898.)

Dans les cas non justiciables de la salpingotomie ou de l'oophoro-salpingectomie, et avant de recourir à une opération plus radicale, telle que l'hystérectomie vaginale, il paraît plus rationnel de s'adresser, dans certains cas, au procédé décrit par M. Condamin sous le nom de salpingo-ovariotripsie.

Ce procédé consiste dans le broiement et le morcellement, par la voie vaginale, des annexes trop adhérentes pour être pédiculisées et enlevées en totalité.

La salpingotripsie doit être jugée suivant sa valeur ; elle n'est, en réalité, qu'une opération atypique, un procédé de nécessité applicable dans certains cas seulement ; mais elle a l'immense avantage d'être une opération conservatrice, qui a plusieurs fois épargné à des malades encore jeunes les inconvénients de la castration totale, cette dernière ne devant être pratiquée que dans les cas complexes où toute intervention conservatrice a échoué.



Les résultats de la salpingotripsie, quoique un peu trop récente pour qu'on puisse porter actuellement sur cette méthode une appréciation définitive, paraissent encourageants et dignes d'attirer l'attention des gynécologistes conservateurs.

Seytre. — DU RENVERSEMENT DE LA VESSIE DANS LE CUL-DE-SAC DE DOUGLAS COMPLIQUANT LA RÉTROVERSION DE L'UTÉRUS GRAVIDE. (*Echo médical de Lyon*, 15 octobre 1898.)

Le renversement vésical dans le cul-de-sac de Douglas et la formation d'un diverticule accompagnant la rétroversion de l'utérus gravide est un fait démontré par la clinique et l'expérience. Les modifications imprimées à la vessie dans ces troubles de statique se ramènent à trois chefs principaux :

Son renversement accompagnant celui de l'utérus ;

Son dédoublement en deux poches : antérieure et postérieure ;

Son étranglement correspondant à la séparation des deux poches.

Deux théories sont en présence pour permettre l'interprétation du mécanisme de production de ce renversement vésical et de cette poche rétro-utérine :

1° Dans la première, le renversement et le dédoublement de la vessie est attribué à la rétroversion, la gravidité n'intervenant que pour produire l'étranglement : c'est *la théorie de la rétroversion*, personnelle à l'auteur ;

2° Dans la deuxième, c'est la gravidité de l'utérus qui joue le rôle important, elle commande et au dédoublement et à l'étranglement vésical, la rétroversion ayant seule permis le renversement : c'est *la théorie de la gravidité*, inspirée par M. le professeur agrégé Condamin.

Le traitement est constitué par le cathétérisme vésical répété et méthodique qui, à lui seul, pourra suffire dans certains cas, ou sera accompagné de l'application d'un pessaire volumineux.

Dor. Blanc.— DE LA GROSSESSE ET DU TRAVAIL APRÈS L'HYSTÉROPEXIE ABDOMINALE ANTÉRIEURE. *Procédé du professeur* LAROYENNE. (*Echo médical de Lyon*, 15 octobre 1898.)

Pendant la grossesse, l'utérus prend des formes variées suivant les différentes époques, et cela tient à ce que toutes les parties de l'organe ne se développent pas simultanément. C'est principalement le fond qui se développe ; pendant les six premiers mois, il fournit presque toute l'étoffe nécessaire au développement. Dans les trois derniers mois seulement, la partie inférieure se développe à son tour, et l'utérus prend alors la forme d'un ovoïde, dont la grosse extrémité serait tournée en haut.

Ce développement de l'utérus, par le fait de la gravidité, doit être pris en considération, afin de réaliser dans une hystéropexie (1), toutes les conditions nécessaires au point de vue d'une grossesse ultérieure. Cependant il est très curieux de voir, dans tous les traités d'hystéropexie, que presque tous les auteurs font bon marché de cette notion capitale que c'est le fond de l'utérus qui fournit presque toute l'étoffe nécessaire au développement causé par la gravidité et comprennent presque constamment ce fond dans leurs sutures.

Pour n'en citer que quelques-uns parmi les plus usités (2), nous avons, dans le procédé de Léopold, trois points de suture : le premier point sur la ligne qui réunit les deux ligaments ronds, le deuxième au-dessus, et le troisième sur le fond ; dans le procédé de Czerny, deux points de suture sur la paroi antérieure près du fond ; dans le procédé de Terrier, trois points de suture : un au niveau du point de jonction du col et du corps, un au milieu du corps, un très près du fond.

A la suite de la description de ces procédés, dans le *Traité de gynécologie*, de M. Auvard, on peut lire cette phrase sur les rapports de l'hystéropexie avec la grossesse : « Elle n'empêche pas le développement normal de la grossesse, quoique prédisposant à l'avortement. » Mais il nous semble que c'est l'avortement qui doit être la règle dans ces conditions et la grossesse à terme l'exception.

On comprend très bien, dès lors, que M. le Dr Lucien (3), dans sa thèse, sur l'influence de l'hystéropexie abdominale antérieure sur les grossesses ultérieures, ait pu dire :

Nous ne voyons que trois hypothèses capables d'expliquer l'évolution régulière d'une grossesse dans un utérus fixé à la paroi :

« Ou bien, il faut que ces adhérences s'étirent, se déchirent et finalement disparaissent, au risque de voir se reproduire après l'accouchement la déviation utérine ;

« Ou bien, que ces mêmes adhérences subissent des modifications susceptibles de laisser à l'utérus sa libre expansion.

« Ou bien, enfin, que les parois non fixées de l'utérus fournissent l'étoffe nécessaire au développement complet. »

Et il montre plus loin que, dans cette dernière hypothèse, les ruptures utérines ne sont plus rares, par suite de la distension exagérée, supportée par une des parties seulement du corps utérin, distension à laquelle participent normalement toutes les parties de l'utérus.

Evidemment, les faits doivent se passer ainsi (et de nombreuses observations (1) le prouvent), toutes les fois que l'on comprendra dans les sutures fixatrices la partie antéro-supérieure de l'utérus.

Il ressort de l'étude des modifications de l'utérus pendant la grossesse, qu'il y a une partie du corps utérin qui ne prend qu'une part minime à son accroissement. C'est la partie de *la face antérieure limitée par les ouvertures tubaires en haut et par l'isthme en bas*. Cette portion de l'utérus ne subit que trop peu de changement pendant le processus gravidique et son déplacement ne consiste que dans une excursion verticale de quelques centimètres lorsque l'utérus monte en bloc dans la cavité abdominale, déplacement qui est achevé vers le troisième ou quatrième mois de la grossesse.

La fixation portant sur cette partie n'apportera donc que peu de gêne au développement utérin.

Sinclair (2) avait déjà précisé, dans son mémoire, que c'était la face antérieure et non le fond de l'utérus qu'il fallait comprendre dans les sutures, mais il ne cherchait qu'à obtenir une fixation solide et n'avait point en vue les grossesses ultérieures.

Le point de vue obstétrical de la question de la fixation a été envisagé, pour la première fois, par M. le professeur Laroyenne ; voici son enseignement (3) : chez les Femmes hystéropexiées, pour n'importe quelle cause, nous ne redoutons pas l'épreuve de la grossesse et de la parturition. J'ai étudié la coupe congelée de Braune (Femme en travail) et j'ai constaté :

1° Que l'orifice de la trompe se trouve en avant de l'axe utérin.

2° Que cet orifice est situé à égale distance du fond de la matrice et d'un plan horizontal passant par l'orifice interne, ce qui démontre que le développement de l'utérus se fait surtout par la paroi postérieure et par le fond, et que, dans l'hystéropexie, les fils fixateurs doivent se trouver exclusivement sur la paroi antérieure et ne pas dépasser, en haut, le plan des orifices tubaires.

Cette règle doit être absolument immuable dans une hystéropexie conservatrice, chez la femme qui n'est pas encore arrivée à la monopause. L'instrumentation spéciale du procédé de M. le professeur Laroyenne, permet de l'observer sans aucune difficulté ; en effet, grâce au gros hystéromètre qui soutient l'utérus, on peut passer les fils aussi bas que l'on veut sur la face antérieure.

D'un autre côté, la partie de l'utérus sur laquelle porte la fixation, se trouve, du fait de l'opération, portée à peu près à la limite supérieure qu'elle atteindrait dans l'évolution normale de l'utérus, donc, pas de traction exagérée qui puisse modifier ou rompre les adhérences.

De cette façon, la fixation apportera peu de gêne à l'ampliation de l'utérus au cours d'une grossesse ultérieure et, réciproquement, l'évolution d'une grossesse se faisant avec peu d'efforts sur la fixation, l'intégrité des adhérences aura plus de chances de subsister.

Les observations cliniques montrent que ces vues théoriques se sont trouvées parfaitement réalisées dans la pratique.

En somme : 1° il y a lieu de se préoccuper, au cours d'une hystéropexie conservatrice, de l'éventualité de grossesses ultérieures.

2° La grossesse à terme et l'accouchement normal sont possibles, à condition de ne pas s'écarter d'une règle portant sur la partie de l'utérus où devront être placées les sutures hystéro-fixatrices.

3° Cette règle, énoncée par M. le professeur Laroyenne, est la suivante : les sutures devront toujours être placées sur la face antérieure de l'organe, un peu au-dessous de la ligne passant par les ouvertures des trompes et surtout sans empiéter sur les faces latérales.

4° Le procédé de M. le professeur Laroyenne présente, grâce à l'instrumentation spéciale de son manuel opératoire, toutes les facilités nécessaires pour observer cette règle.

R. Trémolières. — LES COAGULANTS DU SANG EN THÉRAPEUTIQUE. (*Gaz. hebdomadaire et J. de Méd. et de chir. prat.*, 25 sept. 1898.)

Les travaux de Dastre, P. Carnot, Wright ont justifié, par la physiologie, l'histologie et la clinique, l'emploi en thérapeutique des coagulants du sang, et spécialement de la gélatine et du chlorure de calcium. M. R. Trémolières vient, dans une thèse récente, de préciser la posologie de ces médicaments, dont les applications sont particulièrement fréquentes en pratique médicale.

(1) Cette étude n'a pour objet que l'hystéropexie dite directe, c'est-à-dire où le corps de l'utérus est fixé à la paroi abdominale antérieure.

(2) *Traité de gynécologie*, de Pozzi, 1896.

(3) LUCIEN. Thèse de Nancy, 1896.

(1) LEMORT. Thèse de Bordeaux, 1894. — FRAIPONT. *Ann. méd. chir.*, Liége, 1891. — *Centralblatt., für Gyn.*, 21 février 1891 ; GOTTSCHALK, etc.

(2) SINCLAIR, *Manchester Chronicle*. Ap., 1894.

(3) Congrès de Bordeaux, 1875. — Section de gynécologie.

Les premiers expérimentateurs employèrent comme hémostatique local, soit la gélatine en solution dans l'eau pure stérilisée ou le sérum physiologique, soit le chlorure de calcium en solution. Mais P. Carnot ayant constaté que le chlorure de calcium seul, en activant avec énergie la coagulation, était inférieur à la gélatine seule, et comme, d'autre part, ni l'une ni l'autre de ces deux substances n'était nocive pour les cellules et que chacune, en solution, avait une grande valeur comme coagulant, il était naturel de songer à en associer les effets hémostatiques. L'expérimentation prouva que loin d'altérer les propriétés de la gélatine, la présence du chlorure de calcium en rendait les solutions plus puissantes.

La formule du mélange sera la suivante :

Gélatine sèche............ 5 à 10 grammes.
Eau distillée.............. 100 grammes.

Faire dissoudre la gélatine et ajouter :

Chlorure de calcium....... 2 grammes.

Au moment de faire cette solution, il est une recommandation assez importante : il faut éviter de laisser toucher la gélatine aux parois du récipient qui contient le liquide dissolvant. Sinon, une mauvaise odeur, se dégageant aussitôt, avertit que cette substance a été surchauffée, brûlée, et la solution gélatinée aura perdu beaucoup de ses qualités.

Pour avoir ces solutions aseptiques, il est indispensable de tyndaliser le mélange à l'autoclave pendant 15 à 20 minutes et à deux ou trois reprises, en ayant soin de ne pas le porter au-dessus de 105°. Les expérimentateurs qui ont dépassé cette température remarquèrent que l'action hémostatique de la gélatine pouvait en être fortement altérée. Il est favorable de préparer et de stériliser séparément les deux solutions et de ne les mélanger qu'au moment de l'usage.

On peut ainsi préparer une quantité abondante de ces solutions, qui, une fois rendues aseptiques, peuvent se conserver assez longtemps, surtout en vase parfaitement clos. Il sera aisé de les utiliser au fur et à mesure des besoins. Ces solutions gardent une homogénéité et une transparence parfaites. Il est évident qu'au moindre flocon suspect apparaissant dans la gelée, on devra rejeter le flacon.

Ces solutions devront être appliquées à un température voisine du corps humain et même légèrement plus basse. Voici comment on procédera.

Autant que possible, après s'être entouré de toutes les précautions nécessaires à la propreté chirurgicale, imbiber seulement de la solution la partie saignante, sans comprimer fortement avec un tampon serré. En effet, le coton imprégné de gélatine adhère aux tissus et si, en le retirant, on n'use d'une grande délicatesse, on risque fort d'arracher le caillot de formation récente.

Il est aussi bon, en milieu chirurgicalement propre, de ne pas ajouter d'antiseptiques au mélange. Ce sont des poisons plus toxiques encore pour les cellules que pour les micro-organismes mieux organisés pour se défendre, et nous ne devons pas oublier qu'une des qualités précieuses des solutions de gélatine est d'aider puissamment à la réparation des tissus.

Mais il n'en est plus de même dans un milieu infecté ou lorsqu'on n'a pu réaliser une asepsie suffisante. La gélatine, on le sait, est un milieu très favorable à la pullulation rapide de presque tous les micro-organismes : introduite dans un milieu infecté, elle pourra réaliser la coagulation, mais le sérum sera aussi gélifié et les germes avoisinants viendront en tirer merveilleusement profit.

Il est de rigueur, pour éviter ces accidents, de songer à additionner le mélange d'un désinfectant quelconque (sublimé à 1 p. 1000 : acide phénique à 1 p. 100, etc.) qui n'empêchera nullement la prise du caillot et fera en même temps de l'antisepsie. C'est ce que MM. Siredey, Carnot ont méthodiquement fait, toutes les fois qu'ils ont eu à employer ces solutions dans les cavités naturelles où l'asepsie ne pouvait être que très imparfaite.

D'ailleurs un *modus faciendi* particulier s'impose pour faire l'hémostase dans chaque sorte d'hémorragie.

— Si l'on veut utiliser *la gélatine pour augmenter la coagulabilité générale du sang*, il faut tout d'abord éliminer sans discussion les injections intra-veineuses qui ne pourraient donner que des désastres (coagulation massive ou embolies).

La gélatine administrée par la voie stomacale est immédiatement transformée, et ses propriétés coagulantes suspendues par la peptonisation. Mêmes réflexions sur l'emploi des lavements gélatinés, les micro-organismes du rectum liquéfiant la gélatine.

Il nous reste la voie sous-cutanée et MM. Lancereaux, Carnot, Deguy ont pu en tirer profit. Mais il semble que cette méthode est actuellement pleine d'incertitude, tant par l'ignorance où nous sommes des transformations que subit la gélatine ainsi absorbée, que par les dangers que pourrait courir l'individu s'il en introduisait en excès dans son torrent circulatoire.

L'organisme réagit souvent contre ces injections sous-cutanées, et M. Deguy, dans le *Bulletin Médical* de 1897, résumait ainsi les symptômes qu'il avait observés : 1° Hyperthermie consécutive aux injections pouvant aller de 39° à 40° ; 2° Douleur au niveau de l'injection, intense et persistante ; 3° Rougeur inflammatoire diffuse malgré toutes les précautions prises et en l'absence d'infection secondaire.

M. R. Trémolières considère donc la voie hypodermique comme un procédé absolument d'exception, et puisque les voies stomacales et rectales sont interdites, il faudra recourir au chlorure de calcium en ingestion ou en lavement toutes les fois que l'on voudra agir sur la masse totale du sang.

Depuis MM. G. Sée et Wright, nous savons que ce sel est bien toléré par l'estomac, donné en solutions étendues. Son absorption est facile et c'est avec rapidité qu'il est éliminé par les urines, qui d'ailleurs à l'état normal en contiennent de petites quantités. On n'a donc pas à craindre son accumulation dans le sang.

M. P. Carnot a publié une observation où le chlorure de calcium donné en lavement parut avoir une action manifeste sur des métrorragies abondantes et rebelles et fut très bien supporté. Cette méthode mérite d'être appuyée par de nouveaux faits, car elle serait d'une grande utilité dans les cas rares, il est vrai, où le chlorure de calcium administré par la voie stomacale est immédiatement vomi.

Wright recommande 2 à 6 grammes de calcium suivant l'effet que l'on veut obtenir. MM. Apert et Rabé ont donné à un enfant hémophilique 1 gramme de ce sel par jour et pendant longtemps. La formule courante, à l'Hôtel-Dieu, est la suivante :

Chlorure de calcium cristallisé... 6 grammes.
Sirop de sucre.................... 50 grammes.
Eau............................... 200 grammes.

à prendre par cuillerées à bouche en 24 heures.

On a pu donner 2 grammes de chlorure de calcium avec de courtes intermittences pendant 1 mois à une Femme tuberculeuse dont les hémoptysies reprenaient dès qu'on en cessait l'emploi. Il n'y eut pas de symptômes d'intolérance.

Néanmoins, chez une Femme qui avait une néphrite hémorragique, on vit survenir une céphalée assez vive après une des récidives de ses hématuries qui avaient été enrayées par le chlorure de calcium. On supprima la médication, les maux de tête disparurent rapidement. Il est évident que dans les cas où les fonctions rénales sont altérées, l'administration d'un sel qui s'éliminera surtout par les reins doit être très prudente.

En revanche, M. Trémolières n'a constaté de symptômes d'intolérance chez aucun autre malade du service traité de la même façon.

Certains auteurs se sont adressés aux injections hypodermiques de chlorure de calcium. Les expérimentateurs ne sont pas d'accord à ce sujet et Wright déclare, dans plusieurs de ses articles, qu'il a abandonné cette voie qui, plusieurs fois, chez des hémophiliques, avait amené des mortifications étendues.

Ici, comme pour les injections hypodermiques de gélatine, il convient de réserver son jugement jusqu'au moment où de nouvelles observations viendront l'éclairer.

Heintz. — SUR LA MORT TARDIVE PAR LE CHLOROFORME. (*Annales de la Société médico-chirurgicale de Liège* et *J. de med. et de chir. prat.*, 10 sept. 1898.)

Quelques auteurs ont attribué au chloroforme certaines morts difficiles à expliquer, survenant dans les jours qui suivent une opération. C'est là, croyons-nous, une assertion difficile à prouver.

Néanmoins on lira avec intérêt les conclusions que donne à ce propos le Dr Heintz, de l'Université à Fribourg, dans un travail résumé.

Le Dr Heintz a fait huit autopsies, cinq concernant des malades endormis deux fois, une fois pour l'examen, une seconde fois pour l'opération, à peu de jours d'intervalle, trois se rapportant à des patients dont la narcose avait été de longue durée.

Tous ces malades ont succombé assez rapidement, un le premier jour, cinq le deuxième, un le troisième et un le quatrième, sans avoir présenté de signes cliniques bien particuliers. Tous avaient eu une narcose régulière et s'étaient parfaitement réveillés. Heintz donne comme symptômes de cette action lente du chloroforme : des vomissements violents et répétés, une accélération du pouls allant jusqu'à 140 pulsations à la minute, une altération profonde de l'état psychique et les signes habituels du collapsus. Il faut bien reconnaître que ce sont là des symptômes peu caractéristiques, qui s'observent dans la plupart des suites opératoires graves.

Il a fait aussi un grand nombre d'expériences sur les animaux.

De ses autopsies et de ses expériences, l'auteur conclut que le chloroforme, inhalé pendant longtemps, ou d'une façon répétée, amène dans les organes, par une lente action secondaire, des altérations pathologiques pouvant entraîner la mort un ou plusieurs jours après la narcose. Les lésions observées chez l'Homme et chez

l'Animal sont de même nature. Ce sont des lésions de dégénérescence amenée par l'action directe du chloroforme et incompatibles avec la continuation du fonctionnement des organes. Il s'agit, en somme, d'une intoxication générale, portant sur tous les organes et les mettant dans l'impossibilité de fonctionner.

Les conclusions pratiques tirées de ces faits sont les suivantes: Toujours réduire à un minimum la quantité de chloroforme inhalée. Lorsqu'il faut chloroformiser deux fois le même malade dans un espace de temps relativement court, laisser s'écouler entre les deux narcoses assez de jours pour ne pas avoir à craindre une action continue du chloroforme. L'élimination du premier chloroforme absorbé doit être complète et son action secondaire épuisée. La chose n'est guère possible avant huit jours.

Telles sont les conclusions tirées par l'auteur. Il faut ajouter que ces précautions doivent surtout être la règle lorsqu'on a affaire à des malades à organes altérés d'avance. Il y a des malades qui supportent le chloroforme avec la plus grande facilité ; ils n'en sont incommodés ni primitivement, ni secondairement. D'autres sont impressionnés péniblement par une chloroformisation de peu de durée ; il y a réellement chez eux un trouble de l'état général persistant pendant plusieurs jours. D'une façon générale, ces derniers malades sont des individus n'offrant que peu de résistance aux intoxications, surtout aux intoxications septiques. Il faudra donc surveiller tout particulièrement l'administration du chloroforme chez les malades atteints d'affections des reins et surtout d'affections du foie. Les hépatiques, dont le foie fonctionne insuffisamment, sont, de tous les malades, ceux qui supportent le moins facilement les traumatismes chirurgicaux.

Loussot (de Landivisiau) — UN CAS D'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE TOTALE PRATIQUÉE A LA CAMPAGNE POUR UNE VASTE DÉCHIRURE DE L'UTÉRUS, SURVENUE VINGT-TROIS HEURES AUPARAVANT AU COURS D'UNE VERSION; GUÉRISON. (*Gaz. des Hôpitaux*, 11 octobre 1898.)

Le sujet de la présente observation est une nommée R... (Marguerite), âgée de trente-six ans. Cette Femme a eu dix enfants, et a, en outre, fait trois pertes dont la dernière, survenue en août 1897, avait été suivie, quelques jours après, d'hémorragie et de phénomènes d'infection qui cédèrent d'ailleurs rapidement à un curettage.

Le 27 août dernier, elle accouche de nouveau à 6 heures du soir. La sage-femme qui l'assiste, après plusieurs heures d'attente, trouvant que le travail se prolonge, le col étant, dit-elle, complètement dilaté, la tête en bas, mais peu engagée, croit devoir faire la version. Elle amène un enfant qui ne tarde pas à succomber, ce qui fait penser que l'opération avait offert quelques difficultés, quoique les autres accouchements de la Femme R... aient été tous spontanés. Délivrance facile, par tractions sur le cordon.

Jusqu'à minuit, rien de particulier dans l'état de l'accouchée. En ce moment, et presque brusquement, le ventre se ballonne, et des douleurs de plus en plus violentes apparaissent. Je suis appelé à quatre heures du matin, et j'arrive au domicile de la Femme, une petite ferme située à 13 kilomètres environ de Landivisiau, vers six heures.

Je trouve, en effet, le ventre très ballonné et extrêmement sensible. Pas de vomissements, mais un peu de hoquet. Le pouls est bon. Température rectale 38°2. L'utérus rétracté se sent bien à gauche, moins facilement à droite. Rien ne s'écoule, et, au dire de l'entourage, presque rien ne s'est écoulé par le vagin depuis l'accouchement. Cette circonstance et la précocité des accidents péritonéaux me font songer à la possibilité d'une perforation utérine, et ne pouvant, sans chloroforme, introduire la main dans l'utérus à cause de l'extrême sensibilité de tout l'abdomen, je fais, après désinfection de la vulve et du vagin, une injection intra-utérine d'eau bouillie tiède. Immédiatement surviennent des douleurs intenses, irradiées à tout le ventre, et bien que j'aie soin de déplacer ma canule en tous sens, rien ne ressort par le vagin. Mon diagnostic me semble confirmé.

Je fais part au mari de la nécessité d'une intervention, qui est acceptée. Mon idée, à ce moment, était qu'il s'agissait d'une perforation peu étendue, la Femme n'ayant pas présenté de signes d'hémorragie intense grave, et je pensais qu'il suffirait d'ouvrir le péritoine, de le laver, et, peut-être de le drainer puis de suturer la déchirure utérine.

Je fais appeler M. Prouff qui me donne, par télégramme, rendez-vous à quatre heures, et je reviens moi-même auprès de la malade, vers trois heures et demie, muni de tout ce qui me paraissait nécessaire pour l'opération projetée, et, en particulier, de compresses de gaze, de fils, de drains et de brosses préalablement passés chez moi à l'autoclave.

Dès mon arrivée, je fais disposer la table placée en face d'une petite fenêtre assez mal éclairée, et je fais bouillir les instruments pendant vingt ou trente minutes environ. Je les place ensuite dans des plateaux flambés à l'alcool ; de même pour l'eau destinée aux lavages, et qui, après avoir été bouillie, est versée dans des cuvettes également flambées. M. Prouff, pour mieux se garantir de tout contact suspect, fait, en outre, recouvrir de linges frais et lessivés les tables où était disposé notre appareil instrumental.

Telles furent, en résumé, les précautions d'asepsie prises dans les conditions spéciales où nous opérions ; quant à nous-mêmes et à la Femme, nous procédâmes de la façon habituelle.

En ce moment la malade avait déjà eu plusieurs vomissements, dont les deux derniers verdâtres, le ventre était toujours très ballonné et très sensible. Température rectale 37°8. Nous l'endormons et confions ensuite le chloroforme à mon domestique depuis longtemps dressé à cet exercice. Puis, tout le champ opératoire lavé et désinfecté à nouveau, j'introduis la main dans l'utérus : j'y trouve l'intestin et l'épiploon prolabés, et une vaste déchirure, située à droite et laissant passer la main dans la cavité péritonéale. M. Prouff fait la même constatation.

Le ventre ouvert depuis l'ombilic jusqu'au pubis, il s'écoule une assez grande quantité de liquide sanguinolent, avec quelques caillots. Les intestins sont refoulés et maintenus à l'aide d'une compresse aseptique, et, quoique nous n'ayons à notre disposition qu'une table non inclinée, ils ne nous gênent plus guère dans la suite. L'utérus attiré au dehors et rabattu sur le pubis, nous pouvons mesurer l'étendue et la situation de la déchirure : elle n'a pas moins de 12 centimètres de long, et s'étend parallèlement au ligament large droit, à 3 centimètres environ en avant de celui-ci, depuis le cul-de-sac latéral droit, où elle empiète un peu sur le vagin, jusqu'au bord supérieur des annexes. Les bords en sont contus et paraissent peu susceptibles de réunion immédiate.

Dans ces conditions, M. Prouff décide, et je me range à son avis, qu'une opération radicale, l'hystérectomie totale, s'impose. Nous ne disposions, pour cette opération, que d'une douzaine et demie de pinces ordinaires, et de deux flacons de catgut Leclerc.

Nous lions d'abord en chaîne le ligament large droit jusqu'à la région de l'utérine, et nous opérons de même à gauche. Nous étions ainsi débarrassés des utéro-ovariennes puis nous disséquons, ce qui fut du reste très facile, une collerette péritonéale sur les faces antérieure et postérieure de l'utérus. Ensuite, partant de l'extrémité inférieure de la déchirure, nous plaçons sur tout le pourtour du vagin une série de ligatures en anses et nous détachons au fur et à mesure au ciseau l'utérus du vagin, nous tenant prêts à pincer tout ce qui pourrait donner.

Nous avons, au niveau des utérines, tranché dans le tissu utérin lui-même, laissant en place une partie du col. L'hémorragie fut d'ailleurs minime, et la presque totalité des vaisseaux étaient déjà liés quand ils furent sectionnés. Nous faisons ainsi le tour complet du col et enlevons l'organe.

Nous terminons en suturant ce qui reste de la portion vaginale de la déchirure. Nous ne refermons pas notre péritoine pelvien que nous avions bien des raisons de croire infecté, et nous préférons le laver à l'eau bouillie salée et le drainer ensuite au moyen d'un tampon de gaze stérilisée que nous faisons ressortir par le vagin.

Puis le ventre est refermé. L'opération avait duré en tout une heure et quart. La Femme se trouvant alors dans un état satisfaisant, nous ne croyons pas utile de faire une injection de sérum artificiel.

Les suites de notre intervention ont été extrêmement simples. Je revis notre opérée le lendemain et le surlendemain.

Le premier jour vomissements, probablement chloroformiques, ventre peu ballonné, nullement sensible à la pression. Température à l'aisselle, 37°5 ; pouls, 140 ; respiration, 52 ; urines, 1 litre environ, non albumineuses.

Le deuxième jour, les vomissements ont cessé, le ventre est toujours indolore. Température, 37°2 ; pouls 102 ; respiration, 38 ; urines, 1 litre 1/2. Je retire le tampon, non sans quelques difficultés, et le remplace par un tampon vaginal.

Le troisième jour je ne vois pas la Femme, mais on me rapporte qu'elle a été spontanément à la selle, et que son état reste excellent.

Le premier pansement est levé le 4 septembre, et les fils retirés le 7 septembre. Lavage vaginal à l'eau bouillie, le seul qui ait été pratiqué.

La guérison suit son cours normal et est aujourd'hui complète. La Femme a été munie d'une ceinture abdominale.

Tout ouvrage dont il sera envoyé deux exemplaires sera annoncé et analysé s'il y a lieu.

R. PICHEVIN, *Directeur-Gérant.*

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE DAIX FRÈRES.
Maison spéciale pour Journaux et Revues.



SOMMAIRE

PRINCIPES GÉNÉRAUX CONCERNANT LES OPÉRATIONS PLASTIQUES

D'après HOWARD KELLY (1). (Traduit par Steph. BONNET.)

—

Toutes les opérations plastiques portant sur la vulve, l'orifice vaginal, le vagin et le col comportent certains détails communs qu'on peut envisager dans l'ordre suivant :

I. *Préparation à l'opération.*
II. *Opération.*
III. *Soins pendant la convalescence.*

I. *Préparation à l'opération.*

Toute malade, avant l'exécution de n'importe quelle opération gynécologique, doit être soigneusement soumise à un examen physique général, afin de déceler l'existence éventuelle d'une maladie obscure qui pourrait expliquer le mauvais état de santé. Si l'examen démontre la nécessité d'une opération et que la santé générale de la malade laisse beaucoup à désirer, le repos au lit, pendant une semaine ou davantage, hâtera la convalescence en tonifiant le système nerveux et en calmant l'esprit : une telle précaution a son utilité surtout chez les Femmes nerveuses. La constipation, opiniâtre dans la plupart des affections utérines, sera combattue par des purgatifs, par l'usage continué de laxatifs doux et par un régime léger, mais nourrissant. En cas de perte d'appétit, un simple tonique, tel que la teinture de noix vomique, de colombo, de gentiane, est souvent fort utile. Les Femmes notoirement affaiblies se trouvent bien du massage, des bains froids et de l'électricité. Par contre, si la santé générale est bonne, si les symptômes sont purement locaux, on peut se dispenser de cette période préliminaire de repos et de traitement tonique et exécuter l'opération après un ou deux jours de traitement préparatoire. Les anciens gynécologues ne manquaient pas de soumettre leurs futures opérées à une longue préparation : aujourd'hui, il est de règle d'opérer sans délai et de soigner la malade pendant sa convalescence.

Immédiatement avant l'opération, l'intestin doit être soigneusement évacué, afin d'éviter tout ennui de ce côté pendant les deux jours, au moins, qui suivent. Dans ce but, administrer la veille (le matin et le soir) 30 gr. de poudre de réglisse ou quantité égale de sulfate de magnésie et le lendemain matin, à 6 heures, un lavement d'un 1/2 litre d'eau chaude savonneuse. Si la malade est délicate, on peut donner un purgatif plus doux ; comme le sulfate de magnésie ou une pilule de strychnie, d'aloès et de belladone. Le lavement doit être donné trois heures au moins avant l'opération, sans tenir compte de l'effet du purgatif, car il est indispensable que le rectum et l'S iliaque soient vides : donné plus tard, son effet peut être retardé de telle sorte qu'au moment de l'opération, la gaze recouvrant le siège soit constamment souillée de matières demi-liquides, au grand ennui de l'opérateur.

L'urine doit toujours, avant l'opération, être examinée au double point de vue chimique et bactériologique. Le diabète est, dans la plupart des cas, une contre-indication à opérer. La néphrite, dans ses débuts, ne diminue guère les chances de guérison ; si, toutefois, il existe des signes locaux et généraux de néphrite avancée, il faut s'abstenir dans tous les cas.

Le matin, de bonne heure, est le moment le plus favorable pour opérer : le chirurgien est plus dispos et ses mains ne sont pas contaminées par sa pratique de la journée. La malade, de son côté, a pour elle son repos de la nuit, qu'on aura assuré au besoin par l'administration d'un léger calmant. La veille au soir, elle aura pris un bain chaud et se sera mise au lit aussitôt après. Le matin, après le lavement, le vagin sera soigneusement nettoyé avec une solution d'acide phénique à 2 % ou d'acide borique à 40 ‰, à la température de 45°. En général, la malade doit être à jeun ; si, cependant, elle est affaiblie ou si on craint une syncope, on peut lui donner un verre de lait chaud ou une tasse de thé mélangé de lait.

Le vêtement consiste, pour la malade, en une chemise de flanelle chaude l'hiver, de gaze l'été, un peignoir ouvert par derrière et de longs bas de laine. Les cheveux seront convenablement peignés en deux nattes.

Si l'opération est faite à domicile, la malade doit être anesthésiée dans une pièce voisine de la chambre opératoire ; à l'hôpital, la salle d'anesthésie est toujours séparée de la salle d'opération.

II. *L'opération.*

Position de la malade. — La table opératoire est recouverte d'une couverture que protège un drap stérilisé et sur celui-ci, à l'extrémité qui doit soutenir le siège de la malade, est posé un coussin périnéal à irrigation, en caoutchouc. Les fesses reposent sur le coussin, débordant légèrement le rebord de la table ; les jambes et les cuisses, en flexion sur l'abdomen, sont maintenues par un fixe-jambes. Pour appliquer le fixe-jambes de Kelly ou de Robb, il faut boucler une de ses extrémités autour de la cuisse, juste au-dessus du creux poplité, en ayant soin de laisser la bande assez lâche ; on la conduit ensuite derrière l'épaule correspondante, sur le cou, puis de l'autre côté, et on en boucle l'autre extrémité sur la cuisse opposée. Lorsque la malade est bien en résolution, le fixe-jambes maintient les jambes sans les meurtrir, les genoux tombent naturellement, sans l'aide des courroies et des barres dont on usait tant autrefois. Les bras de la malade sont repliés sur la poitrine et maintenus dans cette position avec le pan de sa chemise enroulé sur les coudes. Le peignoir est relevé sous les reins, en arrière du coussin à drainage.

Les parties génitales externes sont soigneusement savonnées et rasées jusque sur le mont de Vénus : le rasoir de Robb, monté sur un court manche de métal, convient bien pour cela. Après le rasage, les parties sont, de nouveau, soigneusement lavées et savonnées. Le savon vert ou le savon mou, plus facile à étendre sur la peau, nettoie mieux que le savon dur. Il faut nettoyer soigneusement les sillons entre les lèvres et autour du clitoris. Lorsque les parties externes sont nettes, l'aide prend un tampon de coton, monté sur une longue pince et enduit de savon, avec lequel il frotte et nettoie tous les replis du vagin sous un courant d'eau, afin d'enlever tous les écoulements et les débris épithéliaux. Le vagin est ensuite irrigué avec une solution de créoline à 10 %, qui agit comme antiseptique détersif, et suivie d'une injection de sublimé à 1/2000 et d'un lavage à l'eau bouillie. Le nettoyage complet du vagin exige de 3 à 5 minutes.

De long bas de flanelle stérilisés sont alors posés sur les jambes et fixés au-dessus des genoux au moyen de liens en coulisse. Une compresse de 1 m. carré, formé de deux épaisseurs de gaze est disposée entre les cuisses de manière à recouvrir toutes les parties exposées et retombe sur les fesses qui reposent sur le coussin. Lorsque le chirurgien s'est mis en place, il pratique une fente sur la compresse de manière à mettre à découvert le champ opératoire.

Aides. — Pour opérer rapidement, il est préférable de disposer de quatre aides : un pour l'anesthésie, un de chaque côté de la malade pour aider l'opérateur, et un quatrième pour passer les instruments et préparer les ligatures. A domicile ou dans une maison de santé privée, on peut, à la rigueur, les réduire à deux : un pour l'anesthésie, et un pour aider directement l'opérateur.

(1) Ce chapitre est extrait de l'ouvrage d'Howard Kelly : *Operative Gynecology*, présenté récemment aux lecteurs de la *Semaine Gynécologique.*

Irrigation. — L'irrigation continue, au moyen d'un courant d'eau chaude dirigé sur le champ opératoire, est le meilleur moyen d'enlever le sang et de maintenir nettes la ligne d'incision et la surface d'avivement. Le tamponnement à l'éponge est moins bon, il n'enlève qu'imparfaitement les caillots, laisse le sang se coaguler sur les sutures et engluer les mains du chirurgien. Un réservoir de verre, contenant plusieurs litres d'eau, est placé sur une tablette, à 5 pieds de hauteur, au-dessus de la table opératoire. Le tuyau de caoutchouc, émanant de ce réservoir, lorsqu'il ne sert pas, est enroulé et immergé dans une solution phéniquée à 5 %. Le débit en est régularisé au moyen d'une canule nasale en verre, d'un robinet d'Esmarch en caoutchouc durci ou d'une canule à pédale, de stérilisation facile. L'aide placé à droite de la malade, est chargé de l'irrigation et la dirige de manière à éclairer toujours le champ opératoire. Dans l'hystérectomie vaginale, on se sert de la solution saline normale, qui n'est pas irritante et se montre sans danger, même si elle pénètre dans la cavité péritonéale.

Opération. — Comme l'artiste, qui en quelques coups de crayon rapides, trace les contours de sa peinture, le chirurgien doit limiter son opération plastique par des incisions qui en tracent la figure. Il peut ainsi juger avec plus de précision de la quantité de tissu à enlever. Il vaut mieux, par exemple, rester en deçà qu'aller au delà des limites, parce qu'on peut toujours élargir celles-ci s'il est nécessaire. La limitation au bistouri est particulièrement importante lorsqu'on doit se servir des ciseaux ; le bistouri sectionne profondément et la surface muqueuse se rétracte, facilitant ainsi l'avivement aux ciseaux et la coaptation ultérieure avec beaucoup d'exactitude.

L'hémorragie est généralement peu abondante dans les opérations plastiques, parce qu'on ne sectionne que des vaisseaux de petit calibre. Si, cependant, elle est assez copieuse pour gêner l'opérateur, on peut saisir provisoirement les vaisseaux dans des pinces jusqu'au moment des sutures. Si un vaisseau plus volumineux continue de donner après le retrait de la pince, on en fera l'hémostase en dirigeant une des sutures au-dessous de lui de manière à le saisir dans l'anse du fil : celui-ci sera serré plus énergiquement que les autres sutures de simple coaptation, en raison de son double but de rapprochement et de ligature.

Les sutures sont de trois espèces : crin de Florence, soie et catgut.

Le crin de Florence supporte mieux la tension en rapprochant les tissus largement écartés ; la soie et le catgut servent à parfaire la coaptation, soit qu'ils complètent la suture au crin, soit qu'on les emploie seuls lorsqu'il n'y a qu'une légère tension dans le rapprochement des surfaces avivées. Le catgut doit être rejeté pour peu qu'il y ait de la tension. La meilleure suture, pour parfaire le rapprochement, est la soie fine, qui offre le moins de prise aux germes septiques. Le fil d'argent est, à présent, d'un usage fort limité et peut être, en toutes circonstances, remplacé par le crin de Florence.

Pansements après l'opération. — A la fin de l'opération, le vagin et les parties externes sont séchées au moyen de tampons de coton stérilisé.

Une bande de gaze iodoformée est introduite dans le vagin, jusque autour du col, tassée méthodiquement et laissée apparente à la vulve ; on le retire au bout de cinq ou six jours et on donne une injection vaginale quotidienne. Je ne fais plus, à présent, de pansement vaginal, et je me contente d'une gaze disposée devant la vulve et maintenue par un bandage en T. Cette gaze est changée plusieurs fois par jour et, en cas d'écoulement, on donne une ou deux injections, chaque jour, à l'acide borique ou à l'acide phénique. Une poudre composée de : acide borique, 3 parties ; alun 1 partie ; acide phénique 1/2 p. ou bien l'huile de menthe, sont très utiles pour combattre l'odeur ou l'irritation qui se manifestent parfois durant la convalescence des opérations plastiques.

Avant d'enlever la malade de la table opératoire, vider la vessie avec une sonde de verre, enlever le fixe-jambes, relever le siège en reportant les pieds vers la tête de la malade, sécher la vulve, les fesses et le dos, avec une serviette de toile et enlever le coussin à drainage. Les parties génitales externes sont alors poudrées avec un mélange d'iodoforme (1 partie) et d'acide borique (7 parties) et recouvertes d'un tampon de coton stérilisé maintenu par un bandage en T.

III. *Soins durant la convalescence.*

Une garde ou un médecin reste près de la malade, prévenant tout mouvement violent jusqu'au réveil. Dans les opérations sur le rectum ou le périnée, il n'est pas nécessaire, comme on le faisait autrefois, de réprimer les mouvements des jambes en les attachant, après le réveil de la malade. Elle peut aussi se placer sur le côté si elle veut.

Dans les opérations sur le périnée, on se servira du bassin plat et on évitera tout effort. Après les opérations cervicales, cette restriction n'est pas nécessaire et il suffit d'exiger un séjour au lit de 7 à 10 jours. Il faut laisser la malade uriner seule, dès le début, si elle le peut.

Le tamponnement vaginal est enlevé lorsque l'écoulement apparaît à l'extérieur, et s'il continue, l'irrigation vaginale est nécessaire : on la donnera une ou deux fois par jour, en ayant soin de ne pas exercer de pression sur la plaie avec la canule. Une garde instruite ou le médecin lui-même doivent donner ces soins ; on a vu, en effet, des gardes inexpérimentées ou légères pousser la pointe de la canule à travers un périnée qui venait d'être réparé. La garde doit être dressée à écarter les lèvres et à exposer l'orifice d'une main, en poussant en bas et en arrière sans tirailler les sutures : les sécrétions sont alors enlevées avec des tampons montés dans des pinces à pansements et la canule, de verre, mousse, doucement poussée entre le pouce et l'index, est introduite en bas et en arrière. Avoir soin d'expulser l'air avant d'introduire la canule dans le vagin.

Après l'irrigation, les parties externes sont séchées avec des tampons de coton stérilisé, poudrées avec de l'iodoforme et de l'acide borique (1 pour 7) et recouvertes d'un morceau de coton stérilisé. Dans aucun cas, les mains ne doivent être mises en contact avec le champ opératoire. A moins d'infection, les douches vaginales ne doivent pas être données avant le septième jour.

Cathétérisme. — Une complication sérieuse dont il faut se garder dans toutes les opérations plastiques, c'est la cystite produite par le cathétérisme ; aussi est-il nécessaire de s'y arrêter et d'insister sur les soins dont on doit entourer la sonde. Dans des mains soigneuses, la sonde de verre est la meilleure. Immédiatement après usage, elle doit être rincée dans de l'eau chaude, bouillie pendant cinq minutes dans une solution de soude et gardée aseptiquement, soit en l'enveloppant dans une gaze stérilisée, soit en l'immergeant dans un flacon plein d'acide phénique à 5 %. On peut encore l'insérer dans un tube à expériences, bouché avec du coton stérilisé. Ne pas se servir de sondes métalliques. Les sondes de caoutchouc sont préférables entre des mains inexpérimentées et sont stérilisées dans l'acide phénique à 20 % ; on les rince dans l'eau bouillie avant de s'en servir.

Le cathétérisme doit être pratiqué de la manière suivante : La vulve est exposée en bonne lumière et, en écartant les lèvres entre le pouce et l'index de la main gauche, on met en apparence l'orifice de l'urèthre.

De la main droite, on nettoie le pourtour de l'urèthre avec des tampons montés, stérilisés et imprégnés de solution borique : retirer alors le cathéter de son récipient, sans toucher son extrémité vésicale, et l'introduire doucement dans la vessie, sans chercher à en contrôler la direction ; il suivra naturellement le trajet de l'urèthre. Avant de le retirer, en obturer l'orifice avec le doigt afin d'éviter l'écoulement des dernières gouttes d'urine sur les parties, et enfin, poudrer la vulve et remettre en place le bandage en T.

Traitement de l'intestin. — Le second soir après l'opération, on donne une pilule d'aloès, strychnine et belladone, de la poudre de réglisse et de cascara et le lendemain matin, s'il est nécessaire, un lavement d'eau savonneuse. La vieille pratique de constiper, pendant huit ou dix jours, est détestable. Il n'y a aucun danger que les matières viennent souiller la plaie, même lorsque les sutures sont juxta-rectales, pourvu qu'elles aient été convenablement placées et serrées. Il n'y a, non plus, aucune crainte de désunion de la plaie par l'abaissement du plancher pelvien pendant la défécation, le 3e ou le 4e jour, si les matières sont molles ou liquides. Quand, au contraire, l'intestin reste plus longtemps sans fonctionner, il est très difficile de limiter les mouvements et les efforts nécessaires à l'expul-

sion des scybales, et il y a grand danger pour le maintien des sutures et de la réunion, qui n'est pas encore assez solide pour résister à la pression.

Le lavement ne doit être donné que par une garde experte ou par le médecin lui-même. J'ai vu une personne inexpérimentée, pousser la canule dans l'interstice des tuniques intestinales et projeter l'injection dans le tissu cellulaire ; une autre, introduire la seringue entre les fils d'un périnée recousu et pousser le lavement dans le vagin. La meilleure position à donner à la malade est le décubitus latéral gauche. Si le rectum est bloqué par des scybales, introduire l'index et les évacuer ainsi en dirigeant la pression du côté opposé à la plaie. Après cette première évacuation, maintenir l'intestin libre par un laxatif ou un lavement donnés tous les deux jours.

Régime.—On ne donnera nul aliment jusqu'à ce que la malade soit débarrassée des nausées qui suivent l'anesthésie. Après douze à vingt-quatre heures, l'estomac est ordinairement assez reposé pour tolérer de petites doses d'aliments liquides. On commencera par 30 à 60 centimètres cubes de lait toutes les deux ou trois heures, puis, au bout d'un jour ou deux, par du bouillon de Poulet, de Bœuf ou de Mouton. En cas de persistance des nausées, donner, pour soutenir les forces, un lavement alimentaire composé de 60 centim. cubes de lait, additionnés de deux jaunes d'œuf et d'eau en quantité suffisante pour faire 120 c.c. Le thé, allongé de lait, le thé de Bœuf chaud avec un jaune d'œuf délayé, la soupe au riz, le koumiss, sont généralement bien tolérés.

Du troisième au septième ou dixième jour, régime léger: œufs mollets, ris de Veau, Huîtres, blanc de Poulet, rôties au lait, riz, pain, pommes et pommes de terre cuites au four. Après le dixième jour, on peut permettre graduellement le plein régime.

Traitement de la plaie. — Si la plaie est, en totalité ou en partie, superficielle, le point essentiel du traitement consiste à éloigner d'elle tout contact susceptible de l'infecter : en conséquence, la garde, non plus que le chirurgien, ne doivent y toucher dans les pansements ultérieurs. Le nettoyage, de même que la disposition de la gaze ou de l'ouate, doivent être pratiqués par l'intermédiaire de pinces à pansements stérilisées. Si l'écoulement est abondant, on le tarira, une ou deux fois par jour, avec des tampons et on poudrera ensuite avec le mélange acide borique et iodoforme.

Le laps de temps pendant lequel peuvent rester en place les sutures, varie avec leur siège et le but qu'on se propose. Si la réunion est parfaite partout, les sutures cutanées peuvent être enlevées le huitième jour. Les sutures vaginales doivent être maintenues pendant douze jours, et même davantage, à cause du danger d'une désunion facile.

Les sutures du col au crin de Florence peuvent rester presque indéfiniment et si l'opération cervicale a été combinée avec une restauration du périnée, on ne cherche pas à les enlever avant que celui-ci ne soit tout à fait sain et solide, c'est-à-dire avant quatre à six semaines.

Pour enlever les sutures, la malade est placée sur le bord du lit, ou mieux sur une table, les fesses en bonne lumière, les jambes et les cuisses fléchies sur le ventre. Le pansement et les incrustations de poudre sont enlevés avec une solution boriquée ; si le champ opératoire est vaginal, on l'expose au moyen de spéculums ou de rétracteurs. Pour enlever les sutures cervicales, on se sert d'une valve de Sims, qui rétracte la paroi vaginale postérieure, et d'un rétracteur plat et court, pour soulever la paroi antérieure. Le premier fil qui apparaît est saisi dans une pince et attiré jusqu'à ce que se montre l'anse : celle-ci est coupée et le fil retiré. Les autres sont rendues apparentes en déplaçant le col d'un côté ou de l'autre. Les sutures placées sur le plancher du vagin ne sont pas toujours aisément rendues visibles : on les reconnaît alors avec le doigt, on les saisit avec une pince et on les enlève de la même manière.

Les sutures rectales sont facilement enlevées en les chargeant sur la fente d'un spéculum rectal fenêtré, introduit par l'anus et montrant bien la ligne d'union, ainsi que le pratique Tuttle, de New-York. Il faut avoir grand soin, lorsqu'on a attiré l'anse du fil, de ne pas couper les deux côtés, car alors l'anse reste incluse dans les tissus où elle devient une cause d'irritation et d'écoulement persistants, au point que, tôt ou tard, on est obligé de procéder à son extraction.

Repos et traitement tonique. — Une malade qui a subi une opération plastique doit garder le lit deux semaines ou davantage. Ce délai est utile, d'une part, pour assurer la solide réunion des tissus ; d'autre part, pour soigner son système nerveux et raffermir sa santé générale.

Chez les neurasthéniques, la durée de ce séjour au lit est avantageusement prolongée jusqu'à huit semaines et plus, afin de les faire bénéficier de la cure de repos. Du 14e au 18e jour, suivant les progrès de la convalescence, la malade, enveloppée d'une couverture légère, peut être autorisée à s'asseoir sur une chaise inclinée ou à s'allonger sur une bergère, à une place de la chambre exposée au soleil. A partir du 20e jour, elle peut revenir partiellement à ses occupations ordinaires en s'y adonnant graduellement jusqu'à la reprise complète de son travail habituel. Dans les hôpitaux, on a une trop grande tendance à abréger la séjour des malades indigentes et à les renvoyer trop tôt chez elles.

C'est une grande erreur de croire que le rôle du chirurgien a pris fin dès que la plaie est cicatrisée et que le succès technique de l'opération est assuré. Les malades, qui ont traversé, avant leur opération, une longue période de souffrances, doivent être ensuite soumises à l'observation pendant des mois, afin d'être dirigées dans l'application de l'exercice, du régime, du traitement tonique. Elles devront prendre un exercice convenable, d'une façon régulière et continue, faire de courtes promenades au grand air, se frictionner à l'alcool ou au beurre de cacao avant de se coucher, rester pendant une heure, matin et soir, couchées sur le dos. Les exercices gymnastiques ne sont pas nécessaires et il faut éviter les occupations fatigantes telles que les courses dans les boutiques et les séances d'essayage de robes. Les toniques, comme la noix vomique, les préparations d'hypophosphites associées au quinquina, stimulent l'appétit défaillant. Le koumiss, l'extrait de malt, le malt et le lait sont d'utiles adjuvants du régime ordinaire. Un des meilleurs agents thérapeutiques, c'est le changement d'air pendant deux ou trois mois : en hiver, dans un climat chaud ; au printemps, sur le bord de la mer ; en été, dans les montagnes.

Dans tous les cas, pour assurer une guérison complète, il est absolument nécessaire d'éloigner de la malade toute cause de soucis. Dans ce but, elle doit être abstraite du tracas de ses occupations ordinaires, sociales ou domestiques, ou du moins, celles-ci doivent lui être allégées autant que possible. En règle générale, les relations conjugales doivent être proscrites pendant trois mois après les opérations plastiques intéressant le vagin et n'être permises alors qu'une fois par semaine.

Hémorragies consécutives à l'opération. — Une hémorragie active s'observe parfois après une opération vaginale, elle survient ordinairement au cours de la première semaine et dure douze, vingt-quatre, quarante-huit heures ou davantage si on n'y porte remède. Une telle complication, sans compromettre l'existence de l'opérée, est ennuyeuse à cause de la difficulté qu'on trouve à atteindre le point qui saigne ; elle rend aussi la malade faible, anémique et prolonge la convalescence.

Pour arrêter cette hémorragie, il faut placer la malade sur le bord du lit ou sur une table, dans la position de la taille, avec un bon éclairage des parties. Enlever le pansement s'il y en a un et chasser tous les caillots ; après l'injection, soulever la paroi vaginale antérieure au moyen d'un petit spéculum, exposer toute la surface de la plaie et la nettoyer avec des tampons stérilisés jusqu'à ce qu'on ait découvert le point qui saigne. Avec une aiguille courbe chargée d'une soie fine, on passe profondément un fil autour de ce point et on serre soigneusement, de manière à enserrer le vaisseau ouvert. Lorsque les circonstances ne se prêtent pas à l'application de ce moyen rapide et direct, on appliquera un tampon de coton non absorbant, stérilisé, en le disposant de telle sorte qu'il comprime toute la surface de la plaie. Au bout de vingt-quatre ou trente-six heures, ce tamponnement est retiré et, si le suintement persiste, appliqué de nouveau. Un tamponnement léger, appliqué avec soin, ne doit pas compromettre la réunion.

Infection. —Les signes de l'infection consécutive aux opéra-

tions plastiques sont les mêmes que pour toute plaie infectée de n'importe quelle région. Ordinairement, ils ne se montrent pas avant le troisième jour et il peut même s'écouler un plus long temps avant que le chirurgien soit en mesure de discerner un processus infectieux des suites opératoires ordinaires. Il y a habituellement de la fièvre, et la douleur, dans l'infection commençante, prend le caractère lancinant et s'irradie des lèvres dans la cuisse. Quand la malade accuse ce caractère et cette localisation à sa douleur, il ne faut pas tarder à rechercher le siège de l'infection : si c'est le trajet d'un fil, comme il arrive le plus souvent, on doit l'enlever sans hésiter et s'il existe une collection purulente un peu étendue, on doit l'évacuer et la drainer.

Au début, alors que les symptômes encore douteux ne laissent pas découvrir sûrement le siège de l'infection, l'application de cataplasmes chauds, non seulement soulage la douleur, mais, en accélérant le processus inflammatoire, hâte et facilite le diagnostic exact.

Les injections chaudes de sublimé à 1 p. 5000, toutes les 4 ou 5 heures, apportent aussi du soulagement, mais ne doivent pas être continuées au delà de quarante-huit heures, à cause du danger d'intoxication. Si la plaie tout entière apparaît rouge, irritée, il faut sacrifier toutes les sutures et la laisser se cicatriser par bourgeonnement. Quelquefois un abcès de volume considérable se forme au voisinage de l'une ou l'autre des glandes de Bartholin ; en pareil cas, on incisera directement la collection, aussi loin que possible du champ de l'opération, afin que le résultat définitif de celle-ci ne soit pas compromis par l'infection de voisinage.

Très souvent, en faisant sauter un seul point de suture, on permet à un petit abcès sur le trajet du fil, de se vider sans aucun trouble ultérieur. Une infection d'apparence grave, étendue en surface, peut aboutir à un résultat définitif étonnamment favorable ; j'ai vu une rupture complète du périnée se réparer par bourgeonnement d'une façon parfaite et en restaurant le sphincter.

CONGRÈS DE GYNÉCOLOGIE DE MARSEILLE

Séance du 10 octobre matin.

Accidents qui se produisent du côté de l'intestin au cours de l'hystérectomie,

Par M. VERDELET (de Bordeaux).

Présentation de deux observations de malades opérées dans le service de M. Demons. La première malade avait subi une hystérectomie abdominale totale pour fibrome de l'utérus ; au troisième jour, il se produisit une fistule recto-vaginale imputable à la chute d'une eschare causée par le placement de pince sur la tranche vaginale au cours de l'opération.

La guérison se fit spontanément au bout de quelque temps et après quelques accidents septiques. La deuxième malade éprouva les mêmes accidents après une hystérectomie vaginale pour salpingo-ovarite double : la guérison se fit encore spontanément. Ces accidents n'ont donc pas une gravité trop grande et la guérison se produit généralement sans intervention nouvelle.

Discussion :

M. RICHELOT. Il me semble que les accidents du côté de l'intestin grêle ne doivent pas entrer en ligne de compte de l'hystérectomie vaginale. Sur plusieurs centaines d'opérations je n'en ai jamais observé un seul cas ; on doit donc imputer ces accidents à un mauvais placement des pinces. Avec les anciennes pinces, trop longues, on pouvait avoir de ces accidents, l'intestin pouvait se pincer entre les deux mors de la pince dépassant les ligaments larges. Ces accidents ne peuvent pas se produire si on se sert de pinces à mors courts et si on les place de haut en bas après avoir fait basculer l'utérus.

Présentation d'un thermo-insufflateur

Par M. SCHMELTZ (de Nice).

Cet appareil, très pratique, a donné à l'auteur d'excellents résultats dans les endométrites catarrales et blennorragiques du corps et du col, dans les hémorragies de fibromes, dans toutes les variétés d'hémorragies utérines, enfin dans les métrites puerpérales. A son avis les résultats seraient préférables à ceux que l'on obtient par l'emploi de la vapeur d'eau ; l'air chaud n'a pas les mêmes contre-indications, il peut s'employer même avec des lésions des annexes.

Fistule uretéro-utérine.

Par M. CALDERINI.

M. FRANÇOIS, secrétaire, lit un mémoire de M. Calderini sur une fistule uretéro-utérine guérie par l'implantation de l'uretère dans la vessie au moyen du bouton de *Bouri* ; l'auteur a, par précaution, fait un drainage préventif par l'abdomen. Bien lui en a pris, car la réunion n'a pas été complète ; pendant quelque temps l'urine coula par la plaie abdominale. puis la fistule se referma spontanément.

Discussion :

M. POZZI. Je ne suis pas partisan du bouton de Bouri et l'observation qu'on vient de nous donner ne prouve pas en faveur de son emploi ; on aurait obtenu les mêmes résultats, peut-être même sans fistule, par la suture simple, j'ai eu occasion de faire cette opération deux fois avec succès il y a quelques années je l'ai même baptisée du nom assez barbare de néo-urethro-cystostomie.

Séance du 10 octobre soir.

Grossesse extra-utérine. Laparotomie neuf mois après le début. Fœtus mort. Ablation du placenta. Marsupialisation du sac. Guérison.

Par M. Maurice JOURDAN (de Marseille).

Quoique, pour le traitement des grossesses extra-utérines ayant dépassé cinq mois, je sois partisan convaincu de l'ablation totale du kyste fœtal, toutes les fois qu'il est facilement réalisable, je crois intéressant de vous rapporter brièvement le cas suivant, où, après extraction du fœtus et du placenta, je fus obligé de me borner à la marsupialisation du sac.

Il s'agit d'une grossesse extra-utérine dont le début remontait à neuf mois environ : elle avait été le siège d'hémorragies kystiques à l'occasion probable de chaque époque menstruelle, et le fœtus était mort depuis plusieurs semaines lors de l'intervention.

Marie B..., vingt-quatre ans, déjà mère, a eu ses dernières règles du 24 au 30 mars 1898, et commencement normal de grossesse. Tout va bien pendant les deux premiers mois, mais, vers le milieu de juin, après un brusque effort, douleurs vives dans le ventre, douleurs qui se reproduisent chaque mois pendant quelques jours.

En décembre, rejet d'une caduque très nette.

En janvier 1898, l'examen de l'abdomen fait reconnaître deux tumeurs distinctes. La plus volumineuse occupe tout le flanc droit, qu'elle déborde sur la ligne médiane ; elle plonge dans la cavité pelvienne, et s'élève, en haut, à deux travers de doigt du rebord des fausses côtes : c'est manifestement le kyste fœtal, lisse, rénitent, douloureux à la pression. La seconde tuméfaction, beaucoup plus volumineuse, arrondie et plus dure, distincte de la précédente dont la sépare une encoche bien perceptible, est formée par l'utérus hypertrophié, repoussé à gauche et en avant du kyste fœtal.

Au toucher vaginal, bombe dans le cul-de-sac de Douglas une tête fœtale ossifiée, dont le doigt reconnaît et suit la suture sagittale. Cette tête est fixée dans sa position ; on ne peut lui imprimer le moindre ballottement. Le col utérin est repoussé en avant et à gauche ; à la palpation bi-manuelle, il se continue nettement avec la tumeur sus-pubienne qui forme le corps de l'utérus hypertrophié.

J'ajoute que l'auscultation, pratiquée à plusieurs reprises, n'a jamais décelé de battements fœtaux et que, autant se perçoit nettement la tête fœtale dans le cul-de-sac de Douglas, autant la palpation abdominale reste muette sur la reconnaissance d'autres parties fœtales.

Nous concluons donc à une grossesse extra-utérine dont le début remonte à huit mois et demi environ, avec fœtus actuellement mort, et hémorragies s'étant probablement produites dans le kyste fœtal à chaque époque menstruelle.

Laparotomie le 14 janvier 1898. Le ventre ouvert, je reconnais l'impossibilité d'enlever le kyste fœtal par suite des adhérences nombreuses avec l'intestin, je ponctionne le kyste et, après l'enlèvement des caillots anciens et d'un fœtus de 35 centimètres, je marsupialise la poche ; enlèvement presque total du placenta dont la circulation est supprimée, drainage.

Suites opératoires simples, guérison en 4 semaines.

D'après cette observation, je crois pouvoir conclure que, dans les cas similaires, il faut savoir dès le début prendre parti pour l'extériorisation du kyste ou son ablation, et ne pas commencer une extirpation qu'on serait ensuite obligé de laisser inachevée, ou qu'on ne pourrait terminer le mieux possible que par une castration utéro-annexielle. A moins d'indications spéciales, lésions de



l'utérus ou lésions bilatérales des annexes, cette castration utéro-annexielle dépasse évidemment la note juste, étant donnés la simplicité opératoire et l'excellence des résultats que peut assurer la marsupialisation, et les cas, déjà nombreux, de grossesse utérine ayant évolué normalement chez d'anciennes opérées de ce genre.

Les grossesses extra-utérines au point de vue du traitement chirurgical.

Par M. Léonté (de Bucarest).

L'auteur présente à la discussion quinze cas de grossesse extra-utérine, dans lesquels on est intervenu. L'âge variant entre 25-40 ans, avec une fréquence de 50 % entre 30-35 ans, deux cas seulement sont nullipares ; les plus nombreux sont multipares et la plupart des grosesses se produisent avec des antécédents morbides génitaux. Il est à remarquer que les grossesses normales se sont succédé à de grands intervalles et que la grossesse extra-utérine est survenue plusieurs années après le dernier accouchement. Les symptômes subjectifs et objectifs de la grossesse nous ont toujours fourni de précieuses indications sur le diagnostic. Parmi ces signes, *l'écoulement presque continu du sang par le vagin*, précédé de la suppression ou de l'irrégularité des menstruations et quelquefois des métrorragies abondantes, constitue un symptôme, noté dans la plupart des cas observés. Ce symptôme, accompagné de modifications locales, semble être d'une valeur pathognomonique, car il persiste jusqu'à la mort de l'embryon. Malgré les difficultés, il est possible, jusqu'à un certain point, d'établir le diagnostic, avec probabilité dans la première moitié de son évolution, et une assurance de plus en plus formelle au fur et à mesure qu'elle progresse. Si l'évolution de la grossesse n'est troublée par aucun accident qui mette en danger la vie de la mère, il faut s'abstenir de toute intervention et la laisser se développer jusqu'aux jours qui précèdent le terme de l'accouchement. L'intervention est indiquée lorsqu'il y a des hémorragies graves, la mort du fœtus et les suppurations. Relativement à la voie que nous avons suivie pour intervenir dans nos 15 cas, nous avons à compter 2 par le vagin, 12 par la voie abdominale et 1 par le vagin et l'abdomen. Ordinairement, nous préférons la laparotomie. Nous n'avons opéré par la voie vaginale que dans les cas d'hématocèle embryonnaire et lorsque la tumeur proéminait dans le vagin. Dans un seul cas, à cause des adhérences intimes entre le placenta et l'utérus, nous avons fait la castration totale sus-vaginale. Comme résultats thérapeutiques : 12 guérisons, 3 décès. Quant à l'époque à laquelle l'opération a été faite, les cas se répartissent de la manière suivante : 10 jusqu'à trois mois, 2 près du terme. Parmi ces dernières, 1 après quatre ans, 1 après trois mois, 1 lithopédion. Dans les deux cas de grosesse après terme, l'enfant a été trouvé libre dans l'abdomen. Dans l'ensemble des cas de grossesses diagnostiquées abdominales, le placenta était inséré, tantôt sur la trompe, tantôt à la fois sur la trompe et sur l'ovaire, c'étaient donc des grossesses secondaires. Dans un seul cas, le placenta était inséré sur l'intestin, et nous n'avons pas pu déterminer avec précision son point d'implantation primitif.

De l'enseignement de la gynécologie dans les écoles primaires de médecine et de pharmacie,

Par M. A. Martin (de Rouen).

Dans les grands centres, les cliniques de chirurgie générale d'une part, celle d'obstétrique de l'autre, disposent d'un nombre si considérable de malades et d'un si vaste champ d'observations que les titulaires respectifs de ces chaires ne peuvent, à mon humble avis, que s'occuper exclusivement ou de chirurgie générale ou d'obstétrique. Entre ces deux branches scientifiques importantes, la gynécologie est forcément négligée, et l'enseignement n'y est pas fait d'une façon suffisamment spéciale pour être complet.

Il n'existe, dans ces écoles, qu'une seule chaire de clinique chirurgicale. Le professeur qui en est titulaire doit donc réunir dans son programme toutes les diverses branches de la chirurgie, aussi bien les affections de l'œil que celles de l'appareil génito-urinaire, voire même la chirurgie infantile et la gynécologie. Pour cela, il dispose d'un service hospitalier dont le nombre de lits est assez considérable, toujours au moins de cinquante ; et c'est là qu'il essaie de mener de front et la chirurgie générale et ce que l'on est convenu de désigner sous le nom de chirurgie spéciale.

Avec de telles charges hospitalières, avec de telles obligations de travail, avec la nécessité de faire, par semaine, trois leçons cliniques, je pense que le labeur est plus que suffisant. Je pense aussi que le champ d'études est trop vaste.

D'autre part, il existe, dans ces mêmes écoles, un professeur de clinique obstétricale et le service de clinique obstétricale est pauvrement pourvu. Les interventions sont très limitées ; elles le seront de plus en plus avec la création des dispensaires, des bureaux de bienfaisance et de l'Assistance médicale. Si le professeur de clinique chirurgicale a un service surchargé, son collègue d'obstétrique n'en a qu'un rudimentaire.

Les situations respectives des professeurs de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale, dans les écoles préparatoires de médecine, sont telles que le premier a trop à faire, le second pas assez. C'est pourquoi je propose, comme conclusion, de décharger le premier d'une partie de son programme trop vaste et de la confier au second. Il n'est pas nécessaire, pour une telle mesure, de diminuer le nombre de lits affectés au service de clinique chirurgicale, ni d'en remanier les règlements, encore moins de cesser d'y faire admettre les malades de la catégorie en question : il suffit d'annexer à chaque service d'accouchements une salle de douze à vingts lits, réservée aux affections gynécologiques. On sera dès lors certain que cette branche importante de la chirurgie pourra recevoir tout le développement que comporte son étude.

De la compression temporaire intra-abdominale de l'aorte pendant les opérations abdominales,

Par M. Schmeltz (de Nice).

M. Schmeltz (de Nice).— Dans les opérations abdominales, il est essentiel, en règle générale, d'aller vite. L'hémorragie est très souvent une cause de retard par suite de l'hémostase qu'elle exige et qui, dans certains cas, est difficile et compliquée. Il suffit de citer les hémorragies provenant de déchirures de l'utérus qu'on n'arrête que difficilement par le thermocautère ou le tamponnement et la suture. En cas d'insuccès, il ne reste plus d'autre ressource que l'hystérectomie. Les hémorragies provenant de la profondeur du bassin causent parfois des ennuis considérables et c'est à grand'peine si un large tamponnement ou la suture peuvent arriver à les tarir. Il en est de même des adhérences qui sont quelquefois considérables et qu'on doit détacher par déchirure, ou avec les ciseaux ou le bistouri. Leur détachement occasionne, dans maints cas, des suintements en nappe qu'on traite par la compression, le fer rouge, le tamponnement, la suture, les liquides hémostatiques ou la forcipressure à demeure. Toutes ces manœuvres peuvent exiger un temps très long, pendant lequel les malades s'épuisent et peuvent être infectées par la multiplicité de ces manœuvres. L'extirpation des tumeurs abdominales (kystes, fibromes, cancers) cause aussi parfois des surprises désagréables, quant à l'hémorragie. Dernièrement, il m'est arrivé, à ma Clinique, dans un cas analogue, d'avoir à lutter avec une forte hémorragie, au moment du détachement d'une adhérence très large de la tumeur avec l'intestin. Je fis immédiatement comprimer par mon interne l'aorte. C'est à cette circonstance que la malade doit certainement la vie. Senn (*Abdominal Surgery on the Battle Field*) recommande la compression immédiate de l'aorte dans les fortes hémorragies abdominales. M. Pozzi dit, dans son remarquable traité, que dans les cas de presse on doit faire la compression de l'aorte. Lennander (*Centralblatt f. Gynækologie*) mentionne un cas de kyste papillaire double qu'il opéra le 13 janvier 1897. Ne pouvant maîtriser l'hémorragie avec les pinces, il fit comprimer par son aide l'aorte. Cette compression dura près d'une heure. Tout ce temps le pouls se maintint bon et l'anesthésie chloroformique fut parfaite.

Dans mon cas, dont la durée était à peu près la même, j'observais également que tout allait bien pendant la compression : mais dès qu'on la cessait la malade pâlissait aussitôt et le pouls faiblissait et s'agitait très fort. La patiente se remit parfaitement après quelques injections de sérum artificiel. A la suite de ce cas, et à l'instar de quelques auteurs, j'étudiai sur le cadavre l'aorte et la bifurcation qui se trouve en général au bord inférieur de la quatrième vertèbre lombaire. En comprimant largement l'aorte on rend exsangue, par la compression en ce point, tout le bassin. En effet, tous les vaisseaux qui se rendent de l'aorte dans le petit bassin sont parfaitement comprimés. Lennander a remarqué comme moi qu'en raison des anastomoses, les extrémités et le bassin ne deviennent pas exsangues et que la moelle et son extrémité restent parfaitement irriguées par leurs tractus artériels.

Traitement de l'endométrite par les crayons de salicylate de méthyle et d'airol,

Par M. Mériel (de Toulouse).

M. Mériel (de Toulouse) propose d'associer, comme topiques intra-utérins, le salicylate de méthyle et l'airol. Ces deux substances employées isolément dans le traitement de l'endométrite, avaient déjà donné des résultats satisfaisants ; il sembla à l'auteur que la combinaison de l'action siccative de l'airol et de l'action antiseptique du salicylate de méthyle sur le parenchyme glandulaire pouvait constituer une bonne thérapeutique. M. Mériel essaya donc cette combinaison sous forme de crayons à 0 gr. 10 centigr. de chaque substance, et la malade qui, malgré un curettage et des pansements antérieurs, était toujours sujette à d'abondantes pertes blanches, n'a plus revu aucun écoulement depuis le mois de novembre 1897 ; pendant ces onze mois, à plusieurs reprises, l'exa-

men au spéculum a montré l'absence d'écoulement. Ce traitement palliatif, commode et sans danger, pourrait être tenté par le praticien avant toute opération radicale chez des malades pusillanimes.

Classification décimale des opérations de l'utérus,

Par M. Baudoin (de Paris).

M. le Dr Baudouin, directeur de l'Institut international de Bibliographie de Paris, a communiqué au Congrès la *Classification décimale des opérations pratiquées sur l'organe utérin*. On sait quelle est la base de cette classification, bien connue désormais en France : c'est un langage chiffré, universel et international, destiné à faciliter les classements de documents de tous ordres. Les éléments de cette classification ont été appliqués récemment au Traité de *Chirurgie de l'Utérus* que vient de publier M. le Dr H. Delagénière (du Mans). On conçoit qu'il soit impossible de résumer un travail de ce genre, qui a exclusivement une valeur documentaire et qui n'intéresse que les bibliographes professionnels.

Ostéomalacie non puerpérale traitée par la castration ovarienne,

Par MM. Pagliano et Delanglade (de Marseille).

La malade dont nous présentons l'observation est une couturière de 30 ans, d'origine corse, dont l'affection remonte à une dizaine d'années. Les premiers symptômes constatés par elle furent une perte graduelle des forces et de l'appétit, et des douleurs localisées au thorax et aux membres inférieurs. La diminution de la taille et les déformations osseuses n'ont commencé à paraître qu'au bout de cinq ans environ. Actuellement, la malade a perdu 20 à 25 cent. de hauteur et présente des lésions osseuses très prononcées du côté de la face, des extrémités digitales des mains, du thorax, du bassin et des membres inférieurs ; il existe un genu valgum droit très accentué. L'examen radiographique du squelette est fort instructif ; il montre très nettement les lésions du bassin ostéomalacique.

A part une inappétence considérable, de l'anémie et une diminution des forces, nous ne trouvons à signaler chez notre malade aucun trouble viscéral ; aucune modification nerveuse importante. Règles un peu irrégulières, jamais de grossesse. Antécédents de tuberculose dans la famille ; elle-même a eu un abcès tuberculeux de la paroi abdominale. Pas d'hérédo-syphilis : conditions hygiéniques paraissant satisfaisantes. L'étiologie de ce cas reste donc obscure.

Nous proposons d'emblée la castration ovarienne, qui est pratiquée le 16 août 1898 par le Dr Delanglade, après éthérisation. Vomissements incoercibles pendant 4 jours ; réunion par première intention. L'épiploon a été trouvé très adhérent et a dû être reséqué. L'ovaire est manifestement atrophié et contient dans sa substance corticale des kystes visibles à l'œil nu.

Le Dr Pilliet, qui a examiné des préparations de cet organe, constate les particularités suivantes : *Substance corticale* très atrophiée ; production de nombreux kystes dont quelques-uns proviennent de corps jaunes à régression très lente. La trame ne contient que quelques follicules de Graaf très petits et très rares. Les artères ont leurs parois excessivement épaisses. *Couche centrale* fort réduite aussi ; les artères hélicines se montrent par bouquets isolés ; les veines elles-mêmes ne sont pas dilatées.

La malade est sortie de l'hôpital, légèrement engraissée, six semaines après l'opération.

Notre cas peut donc prendre place à côté de ceux de Fehling, Hofmeier, Velitz, Rossier, Truzzi, qui ont trouvé, chez bien des ostéomalaciques, des lésions avancées des ovaires ; il justifie la théorie qui place dans une altération ovarienne le point de départ d'un certain nombre de cas d'ostéomalacie.

Séance du 11 octobre.

Oblitération du col et grossesse,

Par M. le Dr François (de Marseille).

Il y a une dystocie cervicale comme il y a une dystocie pelvienne, ainsi que le faisait remarquer Eustache dans un article des *Archives de Tocologie* (1876), et sans remonter aux travaux de Portal, de Th. Sions (1765) et de Lauvergeat (1784), les observations ont été assez nombreuses pour que depuis longtemps déjà on n'ait plus à tenir compte de l'opposition de Baudelocque, de Dubus et de Velpeau.

Parmi les causes de dystocie cervicale, nous n'en retiendrons qu'une seule : l'oblitération du col, puisque c'est elle qui a joué le principal rôle dans le fait que nous allons rapporter tout à l'heure.

Encore, devons-nous éliminer des cas d'oblitération du col ceux dans lesquels rentrent les deux premières variétés classées par Th. Smith, de Washington (*Arch. de Tocologie*, 1884) sous les titres : Agglutination et présence d'une membrane adventice.

Il ne reste donc que les oblitérations par tissu cicatriel, et ici encore nous pouvons faire une sélection, et ne pas nous attarder sur les cas d'oblitération du col dans lesquels on relève dans les anamnestiques gynécologiques de la Femme, de la parturiente, voulons-nous dire, des cautérisations antérieures.

Ce sont là les observations les plus nombreuses, mais non les plus intéressantes.

Les plus nombreuses, car il me suffit de vous rappeler les publications de Chambeaud (*Arch. de Tocol.*, 1876), de Bailly (*Arch. Tocologie*, 1879), de Durnorey de Pauzin (th. Paris, 1895), sans nous arrêter à celles plus considérables de Costilhes, Godefroy, Charpentier, Bailly et surtout aux faits relatés par Schmitt, Nœgelé, Mattéi (1842), par Boyer (de Paris, 1890) et Serres (de Montpellier, 1895), dans des thèses récentes de Paris (1896.)

Les observations de ce genre ne se comptent pour ainsi dire plus ; la nôtre présente une particularité rare. La voici d'ailleurs. Le 12 février, nous accompagnons dans le service de la Maternité de l'hôpital de la Conception, M. le prof. Queirel, qui y était appelé en toute hâte pour examiner une parturiente. Celle-ci, forte Italienne de 23 ans, primipare, sans antécédents personnels ou héréditaires, n'ayant jamais présenté aucun état pathologique de l'utérus, venait d'arriver au sixième mois d'une grossesse qui avait évolué jusque là sans aucun accident. L'examen des urines, fait aussitôt, n'avait rien révélé de particulier.

Cette Femme était en travail depuis dix heures environ, les douleurs s'étaient succédé d'abord rapidement toutes les 4 à 5 minutes, étaient devenues plus fréquentes encore, puis, tout d'un coup, avaient presque complètement cessé. La sage-femme qui avait suivi le début du travail, craignant des difficultés, l'avait fait transporter aussitôt à la Maternité.

Là, Mlle Mouren, maîtresse sage-femme et l'élève de garde avaient pratiqué le toucher sans pouvoir arriver à trouver l'ouverture du col. Le chef de clinique, M. le Dr Reynaud, et nous ne pûmes faire un examen plus complet. Le palper abdominal ne permettait aucune constatation nette, l'auscultation était négative.

L'inspection dénote une coloration violacée exagérée de la vulve et du vagin, mais pas de sécheresse de ce conduit, vu les nombreuses irrigations antiseptiques déjà faites.

L'index, introduit dans la cavité vaginale, arrive sur une saillie donnant la sensation d'une poche des eaux derrière laquelle s'abrite un sommet. Celui-ci est touché, il semble, à travers un segment inférieur de l'utérus très aminci. Pendant les rares contractions cette saillie se tend et se laisse déformer uniformément, les parois utérines paraissant présenter partout la même épaisseur. Le doigt fait tout le tour de la calotte, sans trouver nulle part trace du col, ni relief, ni mamelons. Pas de gonflement qui pourrait porter sur une des lèvres et causer l'arrêt du travail (Étienne. *Arch. de Gynéc. et Tocol.*, 1892) Duguès et Cazeaux), rien qui indique non plus une obliquité, une déviation du col pouvant masquer sa présence (Th. Smith, *Arch. de Tocol.*, 1884). Avant de placer un spéculum, M. le prof. Queirel renouvelle son examen et au bout d'une ou deux minutes, il sent dans l'axe antéro-postérieur de la tumeur et un peu en avant, une dépression pour ainsi dire linéaire, longue de deux centimètres environ que nous retrouvons aisément après lui, grâce à ses indications. Cette constatation s'ajoutant à la minutieuse inspection des culs-de-sac faite précédemment, écarte de nous l'idée que nous pouvions avoir affaire à une de ces déviations antérieures ou postérieures, si bien décrites par Depaul et Badin, ou encore à l'insertion exacte du vagin sur le col dont parle Charpentier. Sans doute, nous avions affaire à une *oblitération* complète de l'orifice extrême du col.

Suivant en cela les indications de Glisson, on pratique aussitôt l'anesthésie chloroformique et deux fortes valves, l'une antérieure, l'autre postérieure, nous permettent de contrôler et de vérifier le diagnostic.

L'indication opératoire était nette. Avec un bistouri, M. Queirel refit la boutonnière cervicale et l'obstacle fut vaincu. Mais, à notre grande surprise à tous, ce ne fut pas le liquide amniotique qui s'écoula ; mais bien un pus très liquide assez jaune qui formait un abcès intra-utérin.

Immédiatement après, faisait saillie la poche des eaux dans un col dilaté et tout effacé. Une injection de sublimé à 1 p. 2000 fut pratiquée avant la rupture artificielle des membranes. Celle-ci faite, le liquide amniotique s'écoula normal.

Un enfant, très petit, du poids de 470 grammes, fut aisément amené par le forceps. Malgré les injections répétées de sérum à 7 pour 1000 et le séjour à la couveuse, il est mort cinq jours après la délivrance.

Les suites de couches furent normales et la Femme sortit le 26 février ; l'examen du col, pratiqué ce jour-là, ne révéla rien que de très physiologique.

Nous pensons que l'oblitération était due à l'état du segment

cervical. Mais quelle était la cause de cette inflammation ? d'où venait l'abcès intra-cervical qui s'est évacué dès que la bride fibreuse qui avait accolé les lèvres du col a été sectionnée ? Nous n'avons pu recueillir à temps les garanties suffisantes de non-contamination du liquide qui s'est évacué. Aucun examen bactériologique n'a pu être fait et il manque là un élément important pour résoudre le problème que nous posons. Nous ne pouvons pas invoquer ni cautérisation ou intervention antérieures, comme dans les observations déjà rappelées et dans celle de Fritsch (*Gaz. de gynécologie*, 1875). Notre Femme était une primipare et nous ne saurions parler de déchirures, d'ulcérations anciennes favorisant à la fois la soudure de la muqueuse et l'infection, comme ont pu le faire dans leurs publications Thierry (*Normandie médicale*, 1889) et Pichevin (*Gaz. Gynécologie*, 1896), dont l'observation présente certains points de ressemblance avec la nôtre.

Chez notre Femme ni blennorragie, ni syphilis qui permettraient de rapprocher notre cas de ceux d'Ebel et de Loevry (*Journal de clinique hebdomadaire de Berlin*, 1876).

Quoique Doléris accepte très bien l'hypothèse de l'influence du Gonocoque, nous ne croyons pas qu'elle soit à retenir dans notre observation, pas plus que dans celles rapportées dans la thèse de Mlle Lutzuid, Montpellier 1894 (Observations de Grynfelt, Velsen, Zentger, etc.).

Nous ne parlerons que pour mémoire de la dysménorrée obstructive des Américains, sorte de sténose congénitale, qui ont, dès l'établissement des règles, amené des troubles pelviens ; or, nous ne craignons pas de le répéter, un état pathologique antérieur de l'utérus n'a pu être relevé.

D'autre part, les récentes recherches du Dr Gœbel confirment celles de Menge et de Shokanoff (*Journal pour la Gynécologie*). Les Bactéries dans le col (25 janvier 1896) montrent que dans le cas de grossesse normale, le col ne contient pas de Bactéries. Nous laisserons donc à de plus autorisés que nous, le soin de tirer une conclusion ou d'émettre une affirmation, ne voulant en terminant que faire ressortir et la rareté de l'observation d'atrésie du col en dehors des attouchements caustiques et la rareté déjà constatée par Churchill, Hart et Scanzoni, de l'abcès intra-utérin.

Discussion : M. Pozzi trouve le cas présenté par M. François très intéressant, il n'en connaît pas d'autre exemple.

De la castration abdominale totale dans les affections septiques utéro-annexielles,

Par M. Jonnesco (de Bucharest).

M. Jonnesco est partisan convaincu de l'opération par la voie abdominale dans les annexites, elle seule permet de voir exactement ce que l'on fait ; elle seule permet de n'enlever que ce qu'on veut enlever, il cite sa statistique personnelle portant sur 23 cas. L'intervention, lorsqu'on se borne à enlever les annexes, est souvent incomplète et ultérieurement on est obligé d'enlever l'utérus.

Pour éviter la suppuration consécutive aux sutures perdues, il ne se sert que de fils d'argent qu'il enlève au bout de quelques jours par une disposition spéciale de ses fils, il est arrivé à pouvoir faire une suture à étages sans fils perdus, il se réserve du reste de faire une communication sur ce mode de suture.

Discussion : M. Richelot rappelle qu'il est très important d'enlever l'utérus — que la laparotomie, dans les suppurations annexielles, ne doit se faire qu'avec l'idée arrêtée de terminer l'opération par l'enlèvement de l'utérus ; — dans ces conditions, il préfère de beaucoup la voie vaginale qui lui semble moins dangereuse. On peut avoir par cette voie des opérations incomplètes qui ne sont pas pour cela des opérations manquées. Par la voie vaginale, on est plus maître du pus ; une fois la poche vidée après un bon lavage on peut continuer son opération. Par le ventre, toute poche septique ouverte entraine toujours des accidents d'infection et souvent la mort ; les opérations par la voie abdominale seront souvent plus complètes ; mais il ne faut pas se faire illusion, dans un certain nombre de cas encore, elles resteront forcément incomplètes.

M. Kiriac (de Bucharest) est malgré ces diverses observations toujours partisan de la castration abdominale totale et se rallie à la manière de voir de M. Jonnesco.

M. Pozzi. On ne doit pas toujours rapporter les douleurs persistant après l'enlèvement des annexes à la présence de l'utérus : le plus souvent, ces douleurs sont dues à la présence de fils de soie sur les pédicules des annexes, aussi ai-je renoncé d'une façon absolue à la soie dans toute laparotomie où il y a à craindre des phénomènes d'infection, je me sers exclusivement de catgut.

L'utérus n'est cause de douleurs que lorsqu'il est malade ; un fait à considérer, c'est qu'une fois les annexes enlevées, un utérus atteint de métrite se guérit souvent, spontanément au bout de quelques mois, la voie vaginale est naturellement toujours préférable dans les suppurations aiguës.

Affections utérines et bicyclette.

Par M. Leriche (de Nice).

M. Leriche (de Nice). — Contrairement à l'habitude prise, d'interdire la bicyclette à toute Femme atteinte d'affection utérine, j'ai observé, contre mon attente, une malade qui, par les exercices cyclistes, s'est guérie de ménorragies habituelles. En effet, on peut se rendre compte que l'usage modéré de la bicyclette peut agir comme la gymnastique décongestionnante de Stapfer. Inversement j'ai vu l'abus de cet exercice produire de graves accidents d'hémorragie chez une malade souffrant de métrite et de salpingite chroniques. Les expériences récentes de Regnault et Bianchi ont, de plus, montré chez les coureurs une élévation plus ou moins persistante des viscères sus et sous-diaphragmatiques : on pourrait donc essayer de relever par ce moyen les organes abdominaux en ptose. Enfin, l'usage habituel et modéré de la bicyclette peut modifier la diarrhée chronique ; mené plus activement, il peut combattre la constipation. La bicyclette est donc, non seulement, comme tous les instruments de sport, un moyen utile de stimulation générale, mais encore une ressource précise de thérapeutique dont il faut déterminer avec soin les indications et les modes d'application.

M. Tédenat s'accorde avec M. Leriche pour dire que les nerveuses se trouvent bien de la bicyclette, mais que les Femmes qui ont des annexites ne doivent pas en faire, il désire aussi que le nom de Brandt soit mis à côté de celui de Stapfer.

REVUE FRANÇAISE

J. Girou. — Observation d'une volumineuse hernie ischiatique. (*Arch. prov. de chirurgie* octobre 1898.)

Je viens d'avoir l'occasion d'observer une volumineuse hernie ischiatique. La rareté de cette affection, plus grande que je ne le croyais d'abord, m'engage à relater ce fait, qui présente quelques points particuliers.

Observation.

Mme L., âgée de 55 ans, est une paysanne qui a toujours mené une vie très active et s'est toujours bien portée. Elle a eu huit enfants à terme. Ses accouchements se sont faits sans le secours d'aucun médecin. Comme beaucoup trop de Femmes de sa condition, elle s'est levée très peu de temps après chacune de ses couches, et il n'en est résulté pour elle aucune complication immédiate.

Il y a douze ans, elle fit une chute, dans laquelle la partie inférieure de la fesse droite porta sur une branche d'arbre. Elle y sentit une vive douleur et y constata une grosseur volumineuse. Cette tumeur, plus gênante que douloureuse, a depuis lors continuellement augmenté de volume. Pendant les premières années, elle disparaissait complètement pendant le repos au lit, grâce à quelques pressions exercées par la malade. Depuis quatre ans environ, Mme L. n'a jamais pu la faire rentrer complètement.

Elle vient me consulter pour les troubles intestinaux qu'elle attribue à cette hernie (la malade a fait elle-même le diagnostic, sans en avoir jamais vu, dit-elle), mais qui sont dus à une lésion organique.

Examen de la malade.—Quand elle est debout, vue de dos, la hernie descend jusqu'à la partie moyenne de la cuisse, et prend absolument l'aspect de la tumeur dessinée par Schwab (1). Mais la peau a sa coloration normale et est seulement sillonnée par de grosses veines sous-cutanées. On dirait un énorme scrotum contenant une oschéocèle suspendue à la partie inférieure de la fesse. La tumeur est sonore dans toute son étendue. Elle naît au niveau du pli fessier droit dont elle occupe toute la moitié interne. La moitié externe est notablement effacée. Le muscle grand fessier est moins épais et plus étalé que du côté gauche.

Si on place la malade dans la position de l'exploration gynécologique, on voit la tumeur pendre flasque au devant du lit à spéculum. Elle commence, en dedans, près du périnée, à peu près à égale distance de l'anus et de la fourchette. La ligne de la plus grande courbure passant par sa partie la plus saillante, mesure 47 centimètres, sa circonférence 49. Si on fait tousser la malade, la tumeur augmente encore de volume, se tend, et la paroi cutanée est si mince, qu'on voit les anses intestinales se dessiner sous la peau.

Un taxis prolongé permet de rentrer les trois quarts au moins de la tumeur ; mais il reste une masse intestinale, bien sonore, irréductible, grosse comme le poing. On peut alors, en soulevant le grand fessier, insinuer l'extrémité de deux doigts dans l'anneau.

(1) Schwab. *Sur la hernie ischiatique.— Arch. gén. de Méd.*, 1892, t. II, p. 34 et suivantes.



Il paraît en très grande partie osseux, surtout vers le haut. Mais il est difficile de suivre tous les bords de cet orifice, à cause de sa profondeur, et des portions de son pourtour qui sont occupées par l'anse intestinale adhérente.

Vassilief (1), étudiant les orifices par lesquels peut se faire une hernie ischiatique, en décrit trois dans la grande échancrure sciatique : 1° au-dessus du pyramidal ; 2° au-dessous de ce muscle ; 3° dans la petite échancrure sciatique entre les deux ligaments.

La largeur de l'orifice, la grande longueur de son pourtour osseux, sa position élevée, sont autant de signes qui nous permettent d'affirmer que la hernie appartient à la première variété de Wassilief. Les touchers rectal et vaginal pratiqués, aussi profondément que possible, confirment ce diagnostic ; ils ne permettent pas de trouver le trajet intra-abdominal de cette hernie, et le vagin est assez large pour qu'on puisse explorer par lui la face interne des parois du petit bassin, du moins dans sa partie inférieure.

Malgré les accouchements, malgré le manque de soins absolu qui les a suivis, le périnée est intact et résistant. L'utérus est normal sans déviation, ni déplacement.

Il est bien probable que cette hernie s'est produite, dans la chute, par le mécanisme de l'effort, et que le choc de la région sur une branche d'arbre n'a joué qu'un rôle très accessoire.

La question thérapeutique se pose très simplement pour cette malade. On ne peut, en effet, proposer la cure radicale d'une aussi grosse hernie, en partie irréductible, à une malade atteinte d'une affection organique et déjà presque cachectique. Je me suis donc borné à lui conseiller le port d'une poche en cuir souple, analogue aux volumineux suspensoirs, qui sont la dernière ressource de quelques vieillards atteints d'éventrations irréductibles et irréparables.

M. le Prof. Le Dentu (2) dit que les indications sont les mêmes pour cette hernie que pour les autres. Ces indications me paraissent cependant plus difficiles à remplir ; un bandage est difficilement applicable ; la cure radicale, dans un cas comme celui-ci, donnera très probablement des déboires, car il sera difficile d'obstruer solidement un orifice aussi large, limité par une arcade osseuse et un ligament rigide. Le procédé de contention le meilleur, si la hernie est réductible, et si l'opération est refusée, ou le procédé de soutien de la cicatrice après l'opération, sera très probablement celui que conseille Hochenegg (3) pour les éventrations consécutives aux opérations par la voie sacrée : une ceinture solide portant, à sa partie postérieure, une large bande de caoutchouc, faisant le tour de la racine de la cuisse, et revenant se fixer sur la ceinture après un tour complet du membre.

*
* *

Les hernies ischiatiques connues jusqu'à ce jour sont au nombre de dix-huit. Ce cas est le dix-neuvième. Presque tous ces cas sont anciens, et quelques-uns sont très brièvement indiqués, comme les deux que Verdier (4) dit (dans une note de fond de page) lui avoir été signalés oralement par Bertrandi. Plusieurs sont des trouvailles d'autopsie. Cinq sont congénitaux. Presque jamais le diagnostic n'a été fait sur le vivant, ou du moins avant l'opération. M. Blum (Schwab, *loco citato*) pensait à une tumeur solide de nature mal déterminée, et, en fait, la majeure partie de la tumeur était constituée par un lipome herniaire ulcéré. Wassilieff (*loco citato*) a fait très brillamment le diagnostic à l'aide des signes fonctionnels, mais aucun signe physique, aucune constatation de tumeur n'a confirmé son diagnostic, qui paraît cependant indiscutable. Chénieux (5) hésitait, avant l'opération, entre un lipome et une hernie, et trouvait une hernie de l'ovaire kystique.

Deux points particuliers m'ont frappé dans le dépouillement des observations publiées ; ni Schwab, qui a bien étudié l'historique de la question, ni Wassilief, qui s'est surtout occupé de l'anatomie de la région, n'ont insisté sur ces deux points : 1° la hernie ischiatique siège surtout à droite ; 2° elle est une hernie de la Femme.

Des dix-neuf hernies, douze siégeaient à droite, cinq à gauche ; pour deux, le côté n'est pas indiqué. La direction du rectum, oblique de gauche à droite, et de haut en bas, laissant une loge pelvienne plus large à droite, me semble la seule explication anatomique plausible de cette fréquence plus grande des hernies à droite.

Le sexe de cinq malades n'est pas indiqué par les auteurs ; dans les quatorze autres cas, il y a onze Femmes et trois Hommes seulement. Cette fréquence beaucoup plus grande chez la Femme, contrairement à ce qui a lieu pour les autres formes de hernies, ne peut s'expliquer que par la disposition anatomique du petit bassin de la Femme. Chez elle, les intestins ont plus de tendance que chez l'Homme à s'engager dans le petit bassin, parce qu'il est plus large, la concavité du rectum et des os voisins étant plus grande. La cavité pelvienne est divisée en deux loges par la cloison transversale que forment les ligaments larges. Si les intestins pénètrent dans la loge antérieure, ils auront une tendance à donner lieu à une hernie obturatrice, qui est également une hernie de la Femme. S'ils sont poussés dans la loge postérieure, ils ne pourront se loger que dans une des dépressions latérales limitées par le ligament large, les os du bassin et les ligaments utéro-sacrés. Ils s'engageront de préférence dans la loge droite plus large, qui les conduira directement vers l'échancrure ischiatique, fond de l'infundibulum que constitue cette dépression péritonéale. Sur leur chemin, ils entraîneront l'ovaire, dont la fréquence dans cette hernie est très grande.

Cette prédisposition du sexe féminin aux hernies ischiatiques est encore plus notable, si on rapproche de ces faits la statistique de Hochenegg (*loco citato*), se rapportant aux éventrations suites d'opérations par la voie sacrée.

Il relève cent quatorze opérations personnelles pratiquées par la voie sacrée. Dans ce nombre, vingt Femmes opérées de cancers utérins étaient mortes de récidive, quand il les a recherchées. Les 94 cas restant (avec 11 décès opératoires) comprennent 47 Hommes et 47 Femmes. Aucun Homme n'a présenté d'éventration. Les 47 Femmes ont présenté 7 lésions de la cicatrice : 4 grosses voussures dont 2 après l'ablation de cancer rectal, et 2 après l'ablation de cancer utérin ; 2 grosses hernies à travers la cicatrice, l'une chez une opérée de prolapsus rectal, l'autre chez une opérée de cancer utérin : 1 hernie grosse comme le poing, facile à maintenir, après l'ablation d'un corps fibreux utérin.

Ces faits de Hochenegg corroborent ce que nous a appris la statistique, de la prédisposition de la Femme à avoir des hernies au niveau des orifices de la ceinture pelvienne.

(1) Wassilieff. — *Sur la hernie ischiatique.* — *Rev. de Chirurg.*, Paris, 1890, page 200 et suivantes.

(2) Le Dentu. — *Hernies.* — *Dict. de méd. et de chir. prat.*, t. XIX, page 462.

(3) Hochenegg. — *Ueber sacrale Hernien.* — *Wiener klin., Wochens.*, 19 novembre 1893, page 1091 et suivantes.

(4) Verdier. — *Mémoires de l'Académie royale de Chirurgie*, Paris, t. II, page 2.

(5) Rapport de Routier sur une observation de Chénieux. — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chirurgie*, 26 mai 1890.

Veyrières. — TRAITEMENT DE CERTAINES HÉMORRAGIES DES FILLETTES PAR LES BAINS HYPERTHERMAUX. (*J. de méd. et de chirur. pratiq.* sept. 1898.)

M. le D[r] Veyrières (de la Bourboule) a publié dans la *Presse médicale* deux observations fort remarquables montrant l'influence des bains très chauds sur certaines métrorragies.

La première observation est celle d'une fillette de douze ans, très grande, trop grande, mais fort mince, avec hérédité bacillaire suspecte, sans maladies antérieures autres que les maladies habituelles de l'enfance et une fièvre typhoïde très douteuse. Les règles s'établissent sans fatigue, sans douleurs, mais la perte ne s'arrête pas et dure plusieurs mois presque sans aucune interruption. Et ceci, quoique la station debout et tout mouvement aient été formellement interdits, malgré le lit ou la chaise longue, malgré les préparations d'ergot et l'usage de tous les hémostatiques habituellement conseillés.

Un chirurgien consulté conclut à une métrite hémorragique probable. A la Bourboule, poussé par une idée peut-être très discutable, mais surtout par le souvenir de résultats obtenus autrefois dans le service de Lasègue, M. Veyrières conseilla un peu d'eau en boisson et chaque jour un bain de vingt minutes, dont la température était portée peu à peu de 36 à 45.

Au bout de cinq à six jours, la perte était complètement arrêtée. Une dizaine de jours après, les règles survenaient d'une manière normale ; malgré leur présence, on faisait continuer la *balnéation* ; elles duraient quatre jours ; et, depuis deux ans, elles sont très régulières, et il n'y a plus eu la moindre métrorragie.

La seconde observation est relative à une fille de confrère, seize ans, pâle, anémique, sans bruit de souffle, réglée à treize ans et demi, et depuis ce moment ayant eu des métrorragies presque continuelles. Ces métrorragies semblaient causées par un petit lipome du col, qui a été enlevé il y a quatre mois. Mais, malgré l'opération, elles ont persisté ; les règles sont irrégulières, durent très longtemps et sont d'une abondance excessive.

M. Veyrières a essayé chez cette malade le procédé qui lui avait si merveilleusement réussi dans le cas précédent, et la période survenue pendant la cure a été normale comme durée et comme abondance.

M. Veyrières ajoute que M. Du Castel a réussi également par ce procédé dans un cas analogue.

R. PICHEVIN, *Directeur-Gérant.*

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE DAIX FRÈRES.
Maison spéciale pour Journaux et Revues.



SOMMAIRE

DE L'EMPLOI DE LA SOLUTION DE CHLORURE DE CHAUX EN GYNÉCOLOGIE

Par le Dr Paul PETIT

—

C'est sur les conseils du Dr Calmette, Directeur de l'Institut Pasteur de Lille, que je fais actuellement un usage journalier de la solution de chlorure de chaux.

Récamier, le grand précurseur, aurait employé l'eau de chlore, et Deslandes, la liqueur de Labarraque étendue, pour combattre la putréfaction placentaire. Les hypochlorites alcalins ont été également utilisés depuis longtemps pour le traitement des plaies virulentes, des ophtalmies (1), des angines à fausses membranes (Blache), et, en ce qui nous concerne, pour le prurit de la vulve (Darling 1826), la blennorragie tant chez l'Homme que chez la Femme [Blache et Jolly, Daumas (2) et, plus près de nous, Frankel, Doyen (3)]. La liqueur de Labarraque est encore journellement employée à Saint-Louis et à Saint-Lazare par Fournier, Barthélemy en lotions vulvaires, gargarismes, etc.

Choix du composé à base de chlore.

Le chlore gazeux sec est très toxique et serait d'ailleurs inefficace. L'eau de chlore concentrée à 763 c. c. par litre est très active : elle tue en 5 minutes, à 15°, les spores très résistantes du *subtilis* ; concentrée à 200 c. c. seulement, elle tue en 1 minute les spores du charbon (Chamberland et Fernbach) (4). Malheureusement, même à un état de dilution où ses effets deviennent nuls, son odeur est insupportable.

Les hypochlorites à base de soude (liqueur de Labarraque) et de potasse (eau de Javel) sont très souvent irritants (5). Pour l'uréthrite blennorragique chez l'Homme, la liqueur de Labarraque, d'après Doyen (6), devrait être dosée à 1/100 ou, tout au plus, 1/50 et, pour la vaginite blennorragique, l'ophtalmie purulente, à 1/50, 1/20. Or, à ce degré le plus fort de dilution, la liqueur de Labarraque qui, nous le répétons, est souvent nocive, ne dépasserait pas, comme valeur antiseptique, le sublimé à 1/1000, tandis que la solution d'hypochlorite de chaux à 0 litre 80 environ de chlore, par litre, solution que nous conseillerons, *équivaudrait à la solution de sublimé à* 1/100 (Chamberland et Fernbach), tout en étant bien loin du titre qui pourrait offenser les tissus.

Je ne crois donc pas qu'on puisse hésiter à donner la préférence au chlorure de chaux sur les autres hypochlorites alcalins, et je compte démontrer, en m'appuyant sur des bases scientifiques récentes, sur une exacte posologie et l'observation des faits, qu'il y a *le plus grand intérêt* à en reprendre l'emploi.

Chimie.

L'hypochlorite de calcium chimiquement pur est un produit hors de prix et sans avantage pratique pour nous. Nous n'entendons parler que d'hypochlorite de chaux ou chlorure de chaux du commerce qui se présente sous deux formes :

1° Sous forme d'une poudre blanche, provenant de l'action du chlore sur la chaux éteinte, mélange d'hypochlorite (seul intéressant pour nous), de chlorure et d'oxyde de calcium. Traitée par l'eau, elle lui abandonne l'hypochlorite, très soluble, le chlorure et un peu de chaux, tandis qu'il reste un excès de chaux insoluble. Elle dégage de 70 à 100 litres de chlore au kilo.

2° Sous forme de chlorure de chaux liquide provenant de l'action du chlore sur un lait de chaux et débarrassé de la chaux en excès par filtration.

Vu sa facile décomposition, le chlorure doit être conservé à l'abri de l'air, de la lumière, de l'humidité et de la chaleur. Il faut savoir qu'il attaque tous les métaux, voir même un peu le verre, suffisamment, du moins, pour qu'il soit utile d'enduire soit de paraffine, soit d'un mélange d'axonge et de cire blanche, le bouchon du flacon qui le renferme, sous peine de ne pouvoir l'en retirer.

L'odeur dégagée par une solution faible de chlorure, telle que celle que nous adopterons, est négligeable. Il sera cependant bon de tenir bien bouchés les flacons contenant les solutions *mères* et de ne faire la solution *usuelle* qu'au moment de s'en servir. Pour désodorer les doigts, si l'on y tient (l'odeur qu'ils gardent ne dépasse pas celle du linge traité par l'eau de Javel), on aura recours à l'eau chlorhydrique (1 c. à café d'acide chlorhydrique pour un verre d'eau).

Ce serait une erreur de croire qu'en ajoutant de l'eau chaude à une solution forte de chlorure on doive craindre d'en faciliter la décomposition. Même à l'ébullition, cette décomposition n'est que très peu activée.

Action physiologique.

Le chlorure de chaux, comme les autres hypochlorites, agit comme oxydant et déshydrogénant. De cette action dépendent ses propriétés microbicides et désinfectantes.

Après avoir passé en revue les travaux, déjà décisifs de Woronsoff, Sternberg, Martens, Jœger, etc., Chamberland et Fernbach (1) se sont livrés à des expériences personnelles avec une solution de chlorure de chaux titrant 7 lit. 7 de chlore par litre. Nous en tirerons les conclusions très importantes que voici :

1° La solution de chlorure de chaux (titrant 7 lit. 7 par litre) étendue à 1/10 est très énergique. Sur des germes humides elle semble beaucoup plus active que l'eau de Javel ou la liqueur de Labarraque. Pour préciser, agissant sur les spores du *subtilis* et, à la température de 15°, la solution de chlorure de chaux à 1/10 est beaucoup plus active que l'eau de Javel à la même dose. A 50°, la même solution de chlorure de chaux possède à peu près la même activité que l'eau de Javel concentrée titrant 5 lit. de chlore par litre ou l'eau de javel à 1/2 ou à 1/4. Il semble donc que, pour poursuivre les germes dans les cavités naturelles, l'hypochlorite de chaux soit préférable aux hypochlorites de soude ou de potasse.

2° Comme nous l'avons déjà dit, la solution de chlorure de chaux titrant 0,77, *possède à peu près la même action que le sublimé à* 1/100. D'autres antiseptiques, tels que le thymol, le lysol, lui sont également très inférieurs. De plus, cette solution est plus économique et peut être mise sans danger entre les mains de tout le monde.

3° « Si dans la désinfection quelques Organismes échappaient à l'action de la solution désinfectante de chlorure de chaux, ils pourraient être tués par les vapeurs qui s'en dégagent. » Il y a donc là un complément d'action intéressant ; mais il est à remarquer, contrairement à ce qu'on pourrait croire, que l'effet des vapeurs est assez lent.

4° Comme c'est l'ordinaire pour les désinfectants chimiques, l'intervention d'une température élevée est nécessaire ; il faut de 40 à 50, et, si l'on peut, davantage.

5° Les germes desséchés sont beaucoup plus résistants que les germes humides ; il faut, par conséquent, mettre les premiers une heure environ au contact de l'eau tiède avant de faire agir le désinfectant.

6° « *Un fait particulièrement digne de remarque*, observé nombre de fois, sans jamais rencontrer une exception, est que la solution concentrée de chlorure de chaux titrant 7 lit. 7

(1) Guthrie : *London med. and. phys. Journ.*, 1827 :—*Hesberg. Gaz. med.*, Paris 1831.

(2) Daumas. Thèse Paris, 1826. Nous y relevons plusieurs observations intéressantes de gonorrées chez l'Homme guéries par la liqueur de Labarraque étendue, en l'espace de 5 à 6 jours «.On a cité », dit l'auteur, « bien des cas de guérison de leucorrée, pas un n'a été publié. J'ai moi-même obtenu une cure en pareil cas. »

(3) DOYEN. — Traitement de la blennorragie par l'irrigation antiseptique discontinue. Paris, Rueff et Cie, édit., 1894.

(4) CHAMBERLAND et FERNBACH. — La désinfection des locaux. *Annales de l'Institut Pasteur* juin, 1893.

(5) DAUMAS, déjà cité, l'avait déjà bien vu.

(6) DOYEN (*loc. cit.*)

(1) CHAMBERLAND et FERNBACH., loc. cit.



par lit, est infiniment moins active que cette même solution étendue de 10 et même de 20 fois son volume d'eau ordinaire».

L'explication de ce fait échappe aux expérimentateurs. « Peut-être », disent-ils, « l'hypochlorite de chaux concentré coagulant la couche externe de la spore empêche-t-il ainsi le désinfectant de pénétrer ».

Quoi qu'il en soit, cette constatation *in vitro* est à rapprocher de l'observation clinique qui tend à faire prévaloir l'emploi des solutions antiseptiques faibles dans les inflammations aiguës ou subaiguës des voies génitales et semble démontrer que leur supériorité sur les solutions fortes ne dépend pas toujours uniquement d'une moindre irritation des tissus.

Le Dr Calmette, dans ses remarquables recherches sur le traitement de l'envenimation (1), s'est servi d'une solution titrant de 1.41 à 0.84 de chlore par litre. Il a constaté, chose très importante pour nous : que cette solution, grâce à sa faible alcalinité, n'irrite pas les tissus et ne provoque aucune souffrance chez les Animaux ; *que l'on peut en injecter de grandes quantités sous la peau, dans les séreuses et même dans les veines sans provoquer aucun accident* (10 c. c. à 30 c. c. aux Lapins).

Le pouvoir antiseptique du chlorure de chaux à l'égard de la toxine tétanique (Roux et Vaillard) et des venins (Calmette) est très prononcé.

L'injection sous-cutanée de la solution à 1/60 est toujours très efficace contre l'envenimation ; elle réussit contre une dose de venin mortelle en moins de 2 h., si elle est faite dans les 20 premières minutes qui suivent l'inoculation ; on peut encore réussir au delà de 20 minutes, avec une dose de venin capable de tuer en 1 h. 1/2, si on soutient l'énergie cardiaque avec la morphine (Calmette).

Le chlorure de chaux solide, en sa qualité de déshydrogénant, est un dessiccant (Gubler). Le Dr S. Bonnet m'a fait observer qu'on semblait retrouver cette propriété dans les solutions étendues à l'égard des sécrétions morbides. De plus, comme les autres hypochlorites alcalins, le chlorure de chaux *a l'énorme avantage de ne pas former, comme le sublimé par exemple, avec les matières albuminoïdes, un coagulum* derrière lequel se dissimulent les Micro-organismes.

Posologie.

Il est donc entendu que *le pouvoir antiseptique de la solution de chlorure de chaux n'est pas en raison directe de sa teneur en chlore et que c'est au titre relativement faible et nullement irritant de 0 lit. 80 de chlore par litre d'eau que ce pouvoir est au maximum.*

Etant donnée la facile décomposition des hypochlorites, la teneur du chlorure de chaux en chlore est assez variable. Il est donc préférable, si l'on veut savoir exactement ce que l'on emploie, de recourir à une solution titrée :

Prescription n° 1. — Avec de la poudre de chlorure de chaux bien conservée (c'est-à-dire bien chargée de chlore) faire, par dilution dans l'eau froide, dans la proportion de 1/12 (2), une bouillie qu'on laissera reposer une heure, puis qu'on filtrera. On obtiendra ainsi une *solution mère* de chlorure de chaux.

On en prendra le titre chlorométrique et l'on en fera, à l'aide d'un coupage à l'eau bouillie, tant de litres de *solution forte* titrant environ 4 litres de chlore par lit. (pour préciser: de 3 lit. 800 à 4 l. 200). Cette *solution forte* sera gardée bien bouchée et au frais, dans un flacon de verre noir fermé d'un bouchon à l'émeri, garni de paraffine.

La malade ou l'infirmière, pour obtenir la solution *étendue, usuelle*, additionnera, immédiatement avant de s'en servir, la *solution forte* de 4 parties d'eau bouillie (1/4 d'heure) et assez chaude pour que la solution étendue atteigne de 40° à 50°.

Cette solution étendue titrera de 0.76 (solution type de Chamberland et Fernbach) à 0.84. Pour obtenir à peu près 1 lit. de solution usuelle, il suffit d'ajouter à 1 verre de solution forte 4 verres d'eau bouillie. — 1 lit. de solution forte donne plus de 5 lit. de solution usuelle. Il sera bon de renouveler la solution forte à intervalles assez rapprochés, soit par exemple tous les 4 ou 5 jours, et de se rappeler que la solution étendue perd assez rapidement de son efficacité : bien entendu ce n'est qu'une question d'heures et non de minutes, et je veux simplement dire qu'il vaut mieux préparer la solution faible avant chaque consultation ou opération.

Prescription n° 2. — On pourrait se dispenser de préparer la *solution mère* en s'adressant directement au *chlorure de chaux liquide* du commerce, dont il faudrait aussi prendre le *titre chlorométrique*, car il n'est différencié commercialement que par son *degré aréométrique*. Mais je ne m'en suis pas encore servi et bien que ses éléments chimiques doivent être, en principe, les mêmes, je n'en réponds pas pour le moment. On aurait ainsi, du reste, une préparation plus dispendieuse.

Ces deux premières prescriptions sont certainement les plus exactes que l'on puisse désirer au point de vue du dosage. Elles sont en même temps très simples et très commodes pour les malades ou les infirmières, nullement sujettes à les induire en erreur. Mais elles exigent ordinairement l'intervention du pharmacien. Or le chlorure de chaux n'offrant pas le danger du sublimé ou autres toxiques puissants, sa manipulation peut être livrée à la malade et on y trouvera avantage si la malade est éloignée du pharmacien, si elle est besogneuse, pour peu que l'on puisse en pratique *se borner à des pesées*.

Or, supposons qu'on ait recours, suivant l'indication de Chamberland, à une pâte à 10/120 et qu'on étende à 1/10 le liquide filtré. Si l'hypochlorite employé répond au titre de 77 lit. de chlore au kilog., nous aurons la solution type de Chamberland. Supposons que le titre de l'hypochlorite soit double, ce que je ne crois pas possible, la solution, si je m'en rapporte aux tableaux de Chamberland (1), sera à peu près aussi active et elle sera encore très loin d'être caustique. Supposons, au contraire, que le titre soit deux fois moindre, ce qui correspond à un hypochlorite de bien mauvaise qualité, bien éventé, la solution, d'après ces mêmes tableaux de Chamberland, serait également encore très active, beaucoup plus active que la solution mère.

Il est donc suffisant, au moins pour l'injection vaginale, de se borner à des pesées en adoptant la formule de Chamberland, c'est-à-dire, en somme, la solution à 1/120.

Prescription n° 3. — Additionner 100 gr. de poudre de chlorure de chaux bien conservée de 1200 gr. d'eau (c'est-à-dire environ un litre et un verre). Agiter, laisser reposer une heure. — Filtrer dans un entonnoir de verre avec un double de papier filtre et sur une bouteille d'un litre. On obtient ainsi 1 litre de *solution forte* qui sera gardée bien bouchée, etc.

Mettre, dans le bock, 1 verre de cette solution forte pour 9 verres d'eau bouillie (1/4 d'heure) et suffisamment chaude pour obtenir une *solution usuelle* de 40 à 50°.

Chaque litre de *solution forte* devra fournir à 2 injections 1/2 environ. Il sera donc bon d'en préparer 2 litres à la fois, soit pour 5 injections.

Usages.

Le chlorure de chaux, à la dose sus-indiquée, me paraît apte à rendre les plus grands services en gynécologie.

Chamberland et Fernbach le considèrent comme le meilleur agent à employer pour la désinfection des locaux.

Semmelweiss, en l'appliquant à la désinfection des mains de ses élèves sage-femmes, fit disparaître, il y a longtemps déjà, les épidémies de fièvre puerpérale qui régnaient à la maternité de Vienne. Göppert conseille à ce sujet l'immersion alternative dans une solution tiède de chlorure de chaux et une solution chlorhydrique à 3 % qui, en favorisant le dégagement du chlore, augmente la puissance antiseptique du premier liquide et désodore tout en même temps les mains. Ces deux solutions pourraient remplacer les solutions de permanganate de potasse et de bisulfite de soude qui sont journellement employées, avant les opérations, pour la désinfection des mains des opérateurs, de la peau et de la muqueuse vulvo-vaginale des malades.

Les récipients creux et profonds, comme les brocs, sont difficiles à stériliser. Ne pouvant guère songer à les flamber, on conseille actuellement de les traiter par l'eau régale, ce qui

(1) Contribution à l'étude du venin des serpents. — Immunisation des Animaux et traitement de l'envenimation par le Dr Calmette. — (*Extrait des Annales de l'Inst. Past.*, mai 1894.)

(2) 100 gr. de chlorure de chaux, dans 1200 gr. d'eau, donnant, après filtration, à peu près 1 lit. de solution mère, il est bon, pour la commodité des dosages, de faire la bouillie avec *x* fois 100 gr. de chlorure dans *x* fois 1200 gr. d'eau.

(1) Chamberland et Fernbach, loc. cit.



n'est guère pratique, ou la solution potassique à 20/1000. Le chlorure de chaux à ce même titre est beaucoup plus sûr. Comme il n'a guère de valeur, on peut remplir complètement le broc de la solution presque bouillante ; on l'y laisse séjourner moins de 5 minutes ; on vide dans un autre broc à stériliser, puis on lave le premier à l'eau bouillie. Cela fait, on peut être absolument sûr de sa stérilisation.

Tel est du moins l'avis du Dr Calmette qui emploie couramment ce mode d'asepsie dans son laboratoire et le recommande aux industriels qui ont à manier les ferments.

Nous avons déjà essayé, le Dr Stéph. Bonnet et moi, la solution de chlorure de chaux pour la vulvo-vaginite, la cervicite tant externe qu'interne, le cancer inopérable, pour le balayage des eschares de l'hystérectomie vaginale... Ces essais sont trop récents pour que nous puissions y insister encore.

Ils nous ont cependant paru assez remarquables pour que nous engagions vivement nos collègues à suivre notre exemple, tout en les priant de nous communiquer leurs propres résultats.

Nous employons la solution de chlorure de chaux en injections, lotions, badigeonnages.

Nous croyons qu'il y a beaucoup à en espérer pour abréger la durée de la blennorragie féminine, pour traiter l'endocervicite à glaires épaisses. Le sublimé, la créosote, le nitrate d'argent, etc., coagulent ces glaires et forment, de la sorte, aux Micro-organismes tapis dans le fond des glandes, un vernis protecteur qui les soustrait à leur action. Tout au contraire le chlorure de chaux délite les albuminoïdes, les entraîne et déterge admirablement les surfaces suintantes.

Ainsi se trouve réalisé, d'une façon simple, ce qu'on a cherché à obtenir, de toute ancienneté, des fumigations et, plus récemment, des vapeurs chargées d'antiseptiques, des vapeurs de brome (Nitot), qui ne laissent pas que d'être singulièrement plus irritantes pour les muqueuses et nécessitent un outillage spécial.

Une solution qui, tout en étant sans valeur commerciale, est 10 fois plus antiseptique que le sublimé à 1/1000, qui n'est ni caustique, ni toxique (même injectée en certaine quantité dans les veines), mérite bien d'être utilisée en injection intra-utérine dans l'infection puerpérale.

D'après les essais du Dr Calmette, on peut l'employer sans crainte en attouchements du péritoine. Peut-être même pourrait-on l'utiliser, soit pure, soit étendue, en lavages intrapéritonéaux, suivant la méthode de Delbet et après expérience faite sur les Animaux.

Que peut-on lui reprocher ?

Son odeur ? Mais cette odeur est négligeable pour peu qu'on prenne d'élémentaires précautions.

D'attaquer les métaux ? Mais les instruments qui sont en contact le plus direct avec la solution peuvent être en verre : ainsi en est-il des bocks à injections, canules vaginales, sondes intra-utérines, valves. Je ne propose d'ailleurs pas d'en user au cours d'une opération nécessitant des instruments métalliques, mais bien : avant.

D'être un vieux produit ? Mais comme les vieilles gens, les vieux produits peuvent avoir du bon. Le tout est de savoir les utiliser.

CONGRÈS DE GYNÉCOLOGIE DE MARSEILLE

Action de la ligature des artères utérines dans les hémorrhagies utérines.

Par le Dr Mangin.

Les interventions chirurgicales étant devenues de mode dans le traitement des fibromes de l'utérus, on a vu surgir, à côté des opérations radicales d'hystérectomie, divers procédés qui sont en quelque sorte la conséquence de ces interventions.

En voulant perfectionner ces diverses opérations, les chercheurs fort nombreux, surtout lorsqu'il s'agit d'opérations en vogue, ont essayé, dans le cas où ces opérations semblaient impossibles, de tourner la difficulté et d'arriver au même but par des procédés différents.

Or, créer du nouveau n'est pas toujours possible, aussi avons-nous vu rééditer de vieux procédés oubliés ou appliquer des méthodes générales ayant donné de bons résultats pour d'autres organes.

C'est ainsi qu'a reparu la méthode des ligatures atrophiantes appliquées à l'utérus, employée depuis longtemps, avec succès, pour d'autres parties du corps, essayée également pour l'utérus et aussitôt abandonnée, alors que les interventions radicales sur cet organe étaient rares. Aujourd'hui, elle renaît avec de nombreuses chances d'être acceptée comme conséquence des progrès réalisés dans l'hystérectomie vaginale ou abdominale.

A force de lier ou de pincer les artères utérines, au commencement ou à la fin de ces opérations, on a appris à les lier seules, et cette intervention, jadis considérée comme difficile, apparaît aujourd'hui comme des plus simples et des plus inoffensives.

Se rappelant les résultats heureux obtenus par l'enlèvement des ovaires, ou à défaut par la ligature des vaisseaux utéro-ovariens, dans le traitement des fibromes, on s'est demandé de divers côtés s'il ne serait pas possible d'obtenir l'atrophie de ces tumeurs sans faire courir aux malades les risques d'une laparotomie, en s'attaquant aux artères utérines, par la voie vaginale. Cette opération, à priori, semblait rationnelle, ces artères représentant la principale voie d'irrigation de l'utérus ; or, ce que l'on obtenait avec la suppression des utéro-ovariennes, on devait plus sûrement l'obtenir par celle des utérines.

Des ligatures ont été préconisées, en Allemagne, par Fritsch, dès 1885, puis par Baumgärtner en 1888, mais sans grand succès. Ce n'est qu'ultérieurement, lorsque Gottschalk, de Berlin, et Martin, de Chicago, eurent appelé l'attention sur ce procédé, que de nombreux médecins l'essayèrent de nouveau et en obtinrent de bons résultats. En France, la période d'engouement pour les opérations radicales, qui dure encore, a fait que les quelques essais tentés n'ont pas eu de suite ; nous même avions essayé ce procédé des ligatures dès 1889 avec des résultats assez heureux, puis l'avions presque abandonné pour nous en tenir aux méthodes en vogue. L'important travail de Hartmann et Fredet, publié dans les *Annales de Gynécologie* au commencement de cette année, est venu appeler de nouveau notre attention sur cette méthode si simple. Nous l'avons reprise alors et nous donnons ici les résultats constatés. Nous avons aussi recherché les faits observés autrefois par nous, intéressants justement par leur ancienneté.

Tous ne représentent pas, il est vrai, la méthode en question, absolument pure, la ligature des utérines ayant été associée à d'autres interventions ; mais, en étudiant les faits de près, on peut voir que la ligature des artères en question n'a pas été étrangère à la guérison des malades ou à leur amélioration durable. Cette ligature a été faite dans certains cas, en même temps que l'amputation du col ou l'incision latérale de cet organe jusqu'à l'orifice interne.

Cette méthode a été surtout préconisée contre les fibromes. Il nous semble qu'elle ne doit pas être seulement réservée au traitement de certaines de ces tumeurs, mais qu'on peut l'étendre à un grand nombre de cas rebelles d'hémorragie utérine. On l'emploierait avantageusement dans les ménorragies sans lésions de la muqueuse, dépendant de la ménopause, d'affections cardiaques, d'hypertrophie de l'utérus, de déviations non corrigibles, d'états diathésiques, etc.., enfin, dans toute métrorragie rebelle aux traitements médicaux, lorsqu'on prévoit que le curettage sera insuffisant et lorsqu'il y a intérêt à amener l'atrophie de l'utérus.

Il faut excepter les métrorragies suite d'une lésion des annexes ; c'est là évidemment une contre-indication facile à comprendre, la circulation devant se faire plus active par l'utéro-ovarienne, après la ligature des utérines, celle-ci amènerait naturellement dans ces cas, une aggravation des symptômes. Cette contre-indication doit s'étendre même aux lésions des ovaires guéries depuis un certain temps.

Nous verrons, par une de nos observations, que les lésions anciennes peuvent réapparaître. Il s'agissait, dans notre cas, d'une malade autrefois atteinte d'ovarite avec hémato-salpinx sans doute, mais guérie de cette affection au moment de notre premier examen.

Elle accusait des métrorragies rebelles que nous ne pouvions mettre que sur le compte d'une subinvolution de l'utérus à la suite d'un avortement de quelques mois. Devant l'échec des traitements médicaux, devant l'échec d'un curettage antérieur, nous étions dans l'alternative, ou de faire une opération radicale, castration ou hystérectomie vaginale, ou de renouveler le curettage avec amputation du col, opération sans doute encore insuffisante.

Nous pensâmes alors à amener l'atrophie de l'utérus, par la ligature des utérines. Le résultat fut excellent pendant trois mois, les hémorrhagies disparurent, mais au bout de ce temps, survint un hématosalpinx droit avec congestion de l'ovaire anciennement malade, et réapparition des hémorrhagies qui obligèrent peu après à enlever les organes malades.

Dans certaines rétro-déviations utérines, lorsque l'utérus est très volumineux, la ligature des utérines, si toutefois la vie génitale de la malade est terminée, sera un bon complément de la fixa-

tion en avant ; on produira sûrement ainsi l'atrophie de l'utérus, ce qui est le desideratum dans ces cas.

Dans les hémorragies de la ménopause si rebelles à tout traitement, il y a là un moyen inoffensif qui certainement donnera de bons résultats et sera facilement accepté par les malades, surtout si l'on fait cette intervention sans chloroforme, c'est-à-dire sans tout l'appareil d'une opération.

Il en sera de même dans les ménorragies par affection cardiaque. On sera heureux d'avoir un mode de traitement efficace et pouvant s'appliquer sans anesthésie générale. On sait combien ces hémorragies sont souvent rebelles aux moyens médicaux et combien elles entravent le traitement même de l'affection cardiaque en ne permettant pas l'emploi des iodures. Cette opération trouvera évidemment son application la plus fréquente dans les fibromes. C'est du reste pour ces affections qu'elle a été tout d'abord préconisée, et tous les chirurgiens qui l'ont essayée n'ont qu'à s'en louer. Il est donc permis de croire que cette opération est appelée à un certain avenir ; elle n'est pas applicable naturellement à tous les cas, il semble même que ses promoteurs en limitent trop les indications sans doute pour la faire accepter plus facilement.

Quant à nous, nous lui accordons volontiers une part plus grande dans le traitement des fibromes, dût le champ de l'hystérectomie en être quelque peu restreint.

En première ligne, ce procédé sera applicable à toutes les Femmes atteintes de fibromes, épuisées par les hémorragies et trop faibles pour supporter une opération radicale. Cette intervention pourra être une opération d'attente devenant souvent curative.

En deuxième ligne, on devra songer à ce procédé de préférence à tout autre au voisinage de la ménopause ; ici il suffit souvent de gagner quelques mois pour arriver au moment où la régression naturelle des tumeurs se produit.

Il est applicable aussi dans le cas de petites tumeurs du col ou de tumeurs implantées dans la partie inférieure de l'utérus.

Dans les fibromes très volumineux, mais très vasculaires, on peut aussi tenter ce procédé : dans ces cas, les utéro-ovariennes participant plus sérieusement à l'irrigation intérieure, il n'y a pas à craindre le sphacèle de la tumeur.

Il y a quelques contre-indications importantes à connaître :

1° toute lésion des ovaires ou des trompes, doit faire préférer la voie abdominale.

Comme nous l'avons déjà dit, il y aurait à craindre une aggravation des symptômes morbides par suite de la suppléance des utéro-ovariennes.

2° Le volume trop considérable de la tumeur. Cette contre-indication n'est basée que sur le raisonnement ; aussi l'expérimentation l'infirmera peut-être, mais jusqu'à nouvel ordre, nous n'oserions pas priver subitement une grosse tumeur des 3/4 de son irrigation de peur d'amener son sphacèle.

Ce danger semble devoir être surtout à craindre dans le cas où la tumeur est très dure, c'est-à-dire, très mal irriguée.

3° La dégénérescence des tumeurs. — Evidemment, s'il y a début de transformation de mauvaise nature, on doit choisir sans hésiter une intervention radicale.

4° L'élévation de la tumeur et l'étroitesse du vagin qui peuvent rendre l'opération impossible par la voie vaginale.

La ligature des utérines peut être employée encore dans une autre variété de cas dont nous trouverons quelques exemples dans nos observations. Je veux parler des cancers du col. Elle a ici une certaine utilité dans les affections peu avancées en amenant à sa suite l'atrophie de l'utérus et en retardant sans doute ainsi la récidive.

Celle-ci n'était pas venue dans un de nos cas au bout de 10 ans et dans un autre elle n'a paru qu'après huit ans. Il est vrai que dans un troisième, il n'y a pas eu de résultat apparent sur la marche de la maladie ; mais là sans aucun doute la propagation s'était déjà faite aux ligaments larges, sans que cela fût encore perceptible au toucher.

Toutefois cette intervention n'a pas été inutile puisque les hémorragies se sont arrêtées.

Il n'en est malheureusement pas toujours ainsi, les faits cités par Hartmann et Fredet le montrent clairement.

Baumgärtner et Tuffier ont relaté des observations où une régression a pu être constatée, aussi pensons-nous que, jusqu'à nouvel ordre, chaque fois qu'une intervention radicale pour cancer sera impossible, la ligature des utérines devra être essayée comme complément du curettage ou de l'amputation du col. Les observations se multipliant, on pourra dans peu de temps sans doute poser les indications précises de cette petite intervention qui a au moins le mérite de ne pas être dangereuse.

Le procédé que nous avons employé n'offre rien de particulier, c'est le premier temps de l'hystérectomie vaginale avec ligatures, décollement de la vessie, désinsertion du col, ligature des utérines accrochées par le doigt, ligature à la soie que nous enlevons le huitième jour.

La ligature en masse a un inconvénient dont j'ai pu me rendre compte récemment : comme la tunique interne de l'artère n'est pas toujours rompue, si le pédicule pris dans la ligature est volumineux, on peut au bout d'un certain temps voir revenir la perméabilité de l'artère.

Chez la malade de l'observation XIII, c'est à ce fait constaté d'un côté que j'attribue le retour des pertes de sang dans l'intervalle des règles.

Il nous semble, dans ces conditions, qu'il serait plus avantageux de se contenter de pincer la base des ligaments larges comme l'ont fait Schwartz et Rochard et comme l'a conseillé Rechner ; il y aurait encore mieux, ce serait de détruire les artères au moyen de l'angiotribe de Tuffier. On serait certain alors que la perméabilité des artères ne pourrait pas reparaître, il y aurait, en employant ce moyen, une hémostase plus complète et plus définitive. Il sera prudent, si on se sert des pinces ou de l'angiotribe, de bien saisir le pédicule artériel ; il y aurait à craindre si on pinçait seulement les branches des utérines le long de l'utérus de voir survenir des hémorragies secondaires au moment de la chute des eschares ; les branches serrées étant trop près du tronc principal pour permettre la formation d'un caillot solide.

Etudions maintenant les résultats obtenus. Les observations 1 à 3 se rapportent à des cancers du col : nous avons vu que la marche de cette affection n'était pas entravée lorsque toutes les parties atteintes n'avaient pu être enlevées ; en revanche, dans les cas d'affection épithéliomateuse encore très limitée, l'atrophie de l'utérus constante après l'opération a été sans doute cause des résultats heureux constatés.

Les observations 4, 5, 6, 9, 14 se rapportent à des fibromes de différentes grosseur qui ont tous diminué de volume, l'amputation ou l'incision du col n'a été que l'accessoire ; en effet, ces interventions étaient destinées à favoriser l'énucléation des fibromes, et c'est l'atrophie que nous avons constatée, en même temps que la disparition des hémorragies.

Dans l'observation 14, le résultat a été remarquable, la malade étant complètement exsangue au moment de l'intervention ; nous avons vu les hémorragies s'arrêter et, très rapidement, la malade s'est relevée.

Dans les observations 7, 8, 10, 11, 12, nous voyons des hémorragies incoercibles heureusement modifiées par la ligature des utérines ou seulement des grosses branches irriguant le col.

Dans l'observation 8, nous trouvons comme fait intéressant l'affection ancienne de l'ovaire et de la trompe droite, se réveillant au bout de quelque temps, fait duquel nous avons tiré des contre-indications à la ligature des utérines.

Enfin, dans l'observation 12, nous voyons des hémorragies d'origine cardiaque heureusement modifiées par cette opération, quoique l'affection cardiaque continue à suivre son cours.

D'après les faits observés par nous, nous pouvons poser les conclusions suivantes :

1° La ligature des artères utérines est une opération simple, sans danger, ne nécessitant pas la narcose.

2° Elle sera utile dans les ménorragies rebelles aux traitements médicaux lorsque les lésions de la muqueuse utérine sont insuffisantes pour les expliquer et que le curettage sera par conséquent inefficace.

3° Elle fera disparaître, presque sûrement les hémorragies des fibromes et amènera souvent l'atrophie de ces tumeurs surtout lorsqu'elles seront placées au voisinage du col.

4° La seule contre-indication bien nette à cette opération est une affection des annexes.

I. — Mme G..., 36 ans. Epithélioma ayant envahi le col, hémorragies abondantes, utérus très volumineux, — les ligaments larges semblent encore indemnes, utérus mobile. La malade se refusant à toute opération radicale pouvant lui faire courir quelque danger, je me décide pour l'amputation haute du col après ligature préventive des utérines. Le 18 septembre 1888, curettage du col et destruction de la masse cancéreuse au thermo-cautère de façon à empêcher l'inoculation aux parties voisines. Décollement de la vessie, ligature des utérines et amputation du col jusqu'à l'orifice interne : suites simples, sutures enlevées le huitième jour.

Les hémorragies cessent complètement. Revue trois mois après, l'utérus, très volumineux avant l'opération, a *diminué de volume*. Cinq mois après, on constate la présence de nouveaux noyaux épithéliomateux qui progressent assez rapidement ; toutefois il n'y a plus d'hémorragies.

II. — Mme X.. 40 ans, plusieurs grossesses. Utérus très volumineux, règles abondantes, pertes de sang continuelles dans l'intervalle. Petit noyau dur sur la lèvre antérieure, de la grosseur d'une noisette.

Epithélioma au début. Destruction au thermo-cautère de l'épithélioma, puis amputation haute du col, après la ligature préventive des utérines. Douleurs vives les premiers jours. Suites simples. Revue régulièrement pendant trois ans, les règles viennent chaque mois, mais peu abondantes ; l'utérus a beaucoup diminué de volume, la ménopause est arrivée vers 44 ans ; sans accident.

Revue en août 1898, pas trace de récidive de l'affection épithé-

liomateuse. Il a manqué l'examen microscopique pour que le diagnostic fût certain, mais il est à retenir que *l'utérus s'est atrophié et que les règles sont devenues moins abondantes*.

III. — Mme N...., 31 ans, 2 grossesses, 1 fausse couche. Mère morte d'hémorragies utérines ??

15 mois avant la date du premier examen, fait en juillet 1889, a eu une hémorragie très violente après une suppression de règles de 9 mois. Depuis, pertes de sang. Il n'y a pas eu de rejet de môle.

A l'examen, le col et l'utérus sont volumineux, la lèvre antérieure est couverte de fongosités à base indurée. Epithélioma au début. Je propose l'hystérectomie vaginale, qui est refusée comme comportant quelque danger. En août 1889, curettage et amputation haute du col après ligature des utérines et destruction de la partie malade au fer rouge pour empêcher la greffe de l'épithélioma sur les parties voisines. Suites simples.— L'utérus diminue peu à peu de volume.

Revue en août 1891 : fausse couche de 2 mois il y a 8 mois, suivie de quelques pertes de sang. Elles cèdent à quelques pansements intra-utérins.

Revue en août 1894 pour une poussée d'urticaire. *L'utérus en bon état, peu volumineux, règles peu abondantes.*

Au commencement de 1897, nouvelles hémorragies, — récidive de l'épithélioma. La malade se refuse encore à l'hystérectomie. Curettage, enlèvement des fongosités assez abondantes, amélioration passagère. Perdue de vue quelques mois après. A ce moment, le cancer gagnait les ligaments larges et la malade commençait à souffrir.

IV.— Mme C..., 50 ans. 1 grossesse, 1 fausse couche. Examinée en janvier 1890, est encore très abondamment réglée. Utérus très volumineux. Cystalgie amenée par un petit fibrome logé dans la partie antérieure de l'utérus.

Le 23 janvier, curettage, ligature des principales branches des utérines après décollement de la vessie. Incisions latérales du col remontant près de l'orifice interne suivant la méthode de Doléris. Ménopause. Revue six mois après : *utérus diminué déjà de volume*. 4 ans après, guérison persistante.

V.— Mme C..., 38 ans, 2 grossesses bonnes. Mère morte du cancer du rectum, métrorragies très fortes. tumeur fibreuse du col et petit fibrome interstitiel dans la paroi antérieure de l'utérus qui est, lui-même, très volumineux.

En janvier 1891. enlèvement du petit fibrome du col : curettage, incision très élevée des deux côtés du col, ligature des utérines après le décollement de la vessie. Notre intention était d'amener l'atrophie de l'utérus, si possible, et. par suite, celle du fibrome ; si ce but n'était pas obtenu, la disparition de l'anneau musculaire du col devait permettre au fibrome de se pédiculiser plus facilement.

Revue huit mois après, allait bien ; l'utérus avait diminué de volume, on ne sentait plus le petit fibrome interstitiel. Depuis donne de ses nouvelles de loin en loin ; la guérison persiste.

VI. — Mme O.... 40 ans, pas de grossesse, vue pour la première fois en mai 1889. Règles irrégulières. Métrorragies depuis quelques mois, les pertes ne cessent pas. Œdème des jambes et des mains. Pas d'albumine. Suffocations. souffle à la pointe. cœur gras. Utérus volumineux. fibromateux de la grosseur du poing. Le traitement médical échoue. Revue en février 1890. L'électricité employée sous forme de courants continus. diminue les pertes de sang par moments ; elle amène peu à peu l'énucléation du fibrome vers la cavité utérine. En 1893, la malade se décide enfin à se faire enlever son fibrome. Dilatation du col, incision très haute du col, ligature préventive des utérines, morcellement du fibrome qui est gros comme les deux poings. Il reste dans la paroi quelques petits noyaux fibromateux, suites normales. La malade, revue 9 mois après, n'a plus eu d'hémorragies : *l'utérus a diminué considérablement de volume* comparé à ce qu'il était 15 jours après l'opération. Les fibromes interstitiels ne sont plus sentis. Résultat satisfaisant à tous points de vue. Les œdèmes ont disparu.

VII.— Mme L... 32 ans. Pas de grossesse, réglée à 14 ans, vue en mars 1890 pour la première fois. Hystérie. Quelques mois après l'établissement des règles a eu une frayeur qui les arrête ; elles reparurent avec une abondance extrême à la suite de l'emploi d'emménagogues, depuis elles ont toujours été très fortes.

Au moment du 1er examen, avait des hémorragies très abondantes et presque continuelles depuis plusieurs mois. Utérus volumineux, mobile, rien du côté des ovaires. Dans l'utérus on constate la présence d'un petit polype. (20 février 1890) curettage et enlèvement du polype gros comme une noix. Suites bonnes.

En janvier 1891, réapparition des pertes de sang. Ovaires prolabés dans le cul-de-sac postérieur, douloureux au toucher, mais non augmentés de volume. Congestions fréquentes du côté du foie.

En janvier 1892, devant la persistance des pertes de sang, l'utérus étant volumineux, je décide une nouvelle opération ; curettage, amputation du col et incision du col très élevée avec ligature des principales branches des utérines. La muqueuse était saine. Douleurs vives à la suite de l'intervention. Congestion des ovaires qui restent douloureux assez longtemps.

Les hémorragies cessent presque complètement pendant 4 ans environ.

En juin 1893, il y eut cependant des pertes assez abondantes pendant quelque temps. L'utérus a diminué de volume. Revue en 1898, retour des métrorragies sans lésion de la muqueuse, hématocèle due à une affection des ovaires. Le repos et un traitement médical arrêtent les pertes.

VIII. — Mme C..., 27 ans. 4 grossesses. Examinée en février 1890 pour la première fois. A été traitée il y a quelques années pour une affection du cœur. Se plaint depuis longtemps de métrorragies. Métrite, utérus très volumineux, soignée par des pansements intra-utérins. Amélioration.

Revue en mai 1892, a été reprise de pertes de sang. Un autre médecin a fait des cautérisations utérines, puis un curettage. A la suite de ce traitement, a souffert des régions ovariennes. Au moment du nouvel examen, l'utérus paraît très volumineux. Les ovaires semblent sains. Depuis deux mois, métrorragie ayant apparu après un retard de 50 jours, caillots fibrineux. Nouveau curettage en juin 1892. Je trouve la muqueuse utérine presque normale. Dans ces conditions, je suppose que le nouveau curettage sera aussi inefficace que le premier. Je fais alors l'amputation du col avec ligature des branches principales des artères utérines après décollement de la vessie. Suites simples.

La malade revient en octobre 1892 : les pertes de sang ont reparu très abondantes après un arrêt de trois mois, pendant lequel elle a souffert du côté droit. L'utérus semble avoir diminué de volume, mais on sent l'ovaire et la trompe volumineux. L'absence de température me fait porter le diagnostic d'hématosalpinx. Devant l'insuccès des traitements médicaux, la malade se décide à une opération radicale. Laparotomie qui permet d'enlever l'ovaire droit contenant de petits kystes sanguins et la trompe correspondante contenant environ deux cuillers à café de sang.

IX. — Mme C..., 32 ans, pas de grossesse. Depuis plusieurs années est mal réglée. Métrorragies abondantes depuis quelques mois. Etait restée 6 mois sans règles. Un médecin trouvant l'utérus très développé avait cru à une grossesse. Utérus fibromateux, du volume d'une tête d'adulte, surtout développé à droite. Vaginisme.

J'essaie sans résultat le traitement médical et les courants continus qui sont mal supportés. En novembre, la malade se décide à une intervention qu'elle veut aussi simple que possible, se refusant à toute opération radicale.

En 1894, je fis le curettage de l'utérus avec amputation large du col, incision très haute de celui-ci de chaque côté et ligature des utérines à la soie, après décollement de la vessie, dilatation du vagin, douleurs vives à la suite, enlèvement des fils le 8e jour, suites simples, revue trois mois après. *l'utérus a considérablement diminué de volume*, les règles sont peu abondantes. Un an après, la guérison se maintient.

X.— Mlle N... 42 ans, métrorragies très abondantes depuis plusieurs années.

1er examen en janvier 1895. Utérus très-volumineux, non fibromateux, hypertrophie du col, échec de divers traitements médicaux. Je fais le curettage de l'utérus en février 1895 : suites simples. Amélioration quelques mois, puis les pertes reprennent, traitement par pansements intra-utérins au phéno-salyl et au chlorure de zinc 1/2, puis par les courants continus, sans résultats.

Au commencement de 1897, persistance des métrorrhagies, curettage, amputation très large du col et ligature des grosses branches des utérines Le curettage avait ramené une muqueuse saine en apparence. Suites simples. Depuis, les règles ont disparu complètement, la ménopause s'est faite sans incident, l'utérus a beaucoup diminué de volume.

XI.— Mme S..., 45 ans, pas de grossesse. Mère morte d'une affection cancéreuse, règles irrégulières, très abondantes depuis un an. Le traitement médical essayé pendant six mois ne donne aucun résultat, il en est de même des pansements intra-utérins. Les pertes sont dues surtout à des troubles de la circulation. Un peu d'hypertrophie du cœur avec léger souffle à la pointe. L'hydrastis est mal supporté et donne des accès de suffocation. Devant l'insuccès du traitement médical, je propose le curettage qui est accepté et pratiqué en mars 1898 sans chloroforme, la muqueuse utérine ne paraissant pas sérieusement malade. Je joins au curettage la ligature des utérines après injections préalables de quelques grammes d'une solution très étendue de cocaïne, dans le tissu cellulaire entourant le col. Cette intervention est très bien supportée. Les fils placés le long de l'utérus sont enlevés le 8e jour. Suites simples, un peu de douleurs les premiers jours.

Les pertes ont disparu, les règles, devenues régulières, sont très peu abondantes.

XII. — Mlle X..., 34 ans, réglée à 15 ans régulièrement, souffre beaucoup à l'époque de ses règles. Depuis plusieurs années, mé-



torragies très abondantes, insomnie, tachycardie, nervosisme. Insuccès de divers traitements médicaux.

A l'examen on trouve l'utérus volumineux contenant un petit fibrome dans la paroi antérieure. Ce fibrome a à peu près la grosseur d'une noix, rien aux annexes. Hypertrophie considérable du cœur, rétrécissement de l'orifice aortique.

En mai 1898, curettage et incision du col, ligature des utérines. Suites simples, douleurs violentes pendant quelques jours. Sphacèle de la partie antérieure du col.

Revue en juillet, les règles ont été beaucoup moins abondantes. En août, réapparition des règles un peu en avance; l'*utérus a repris son volume presque normal*; la tumeur a presque disparu; la malade continue à souffrir de son affection cardiaque.

XIII. — Mme V..., 41 ans, mariée à 39 ans, pas de grossesse, réglée régulièrement à 14 ans. Premier examen en décembre 1897. Malade depuis son mariage, a eu depuis quelques années des retards de 1 à 2 mois, suivis d'hémorragies qui ont fait croire à des avortements. Pas de syphilis, aucune tare organique, l'utérus paraît sain; pas de pertes blanches dans l'intervalle des règles, le volume n'est pas augmenté, les annexes n'ont rien.

Tous les traitements médicaux restent impuissants. Les courants continus donnent une faible amélioration, mais sont mal supportés. Le tamponnement intra-utérin avec des hémostatiques laissés en place plusieurs jours ont donné une amélioration de quelques mois.

En janvier 1898, nouveau retard de 2 mois suivi de métrorragies qui depuis continuent. Au milieu de mai, la malade se décide à se faire opérer. Je pratique un curettage avec incision latérale du col, ligatures des utérines, suites simples, enlèvement des sutures le 8e jour; depuis, la malade va bien. En août et septembre, réapparition de quelques pertes rosées en dehors des règles. Elles cèdent à la reprise du traitement par l'hydrastis qui autrefois était impuissant même à modérer les pertes.

En septembre, réapparition de pertes abondantes.

XIV. — Mme F... 41 ans, pas de grossesse. Fibrome de l'utérus de la grosseur du poing donnant lieu à des métrorragies abondantes.

En mai 1890, curettage. J'enlève une muqueuse fongueuse et quelques petits polypes muqueux; les pertes de sang s'arrêtent, l'état général qui était très mauvais se remonte rapidement, mais le fibrome continue à grossir.

Revue en février 1895, le fibrome a le volume d'une tête d'adulte. Métrorragies très fortes, troubles cardiaques très marqués; le traitement médical améliore légèrement la situation.

En juillet 1898, la malade revient avec des métrorragies plus abondantes que jamais, très affaiblie, menacée d'asystolie. Toute intervention sérieuse est contre indiquée. Je me décide pour la ligature des utérines, sans endormir la malade. Injection de solution d'eucaïne B dans le tissu cellulaire autour du col, décollement de la vessie et ligature des utérines. Cette ligature est très pénible, le fibrome étant très haut placé. Fils laissés en place 8 jours.

Mme F. nous donne de ses nouvelles fin septembre: elle va très bien, a repris des forces, plus de règles, la ménopause tant attendue arrive enfin.

REVUE FRANÇAISE

Pollosson. — GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE. (*Société des Sciences médicales de Lyon.* Séance du 18 mai 1898. *Gazette des Hôpitaux de Toulouse, octobre* 1898.)

M. Pollosson présente des pièces provenant de la rupture d'une grossesse extra-utérine. A ce propos, M. Pollosson rappelle les divers types cliniques auxquels donne lieu cet accident.

Il rapporte deux observations ayant une grande analogie. Dans la première, douleur abdominale intense, subite, état demi-syncopal marquèrent le début de l'accident. L'état lipothymique alla s'accentuant et la laparotomie fut pratiquée presque sans anesthésie; la cavité péritonéale contenait un épanchement de sang d'un litre et demi environ. Sur une des trompes se trouvait une tuméfaction de la grosseur du petit doigt, au niveau de l'insertion utérine, avec une déchirure et un caillot; dans la cavité de la trompe, ont été constatées des villosités placentaires à l'état embryonnaire. La trompe fut enlevée. Après être restée dans un état des plus graves pendant plusieurs jours, la malade guérit.

Mais, au bout de trois semaines, s'est déclarée une obstruction intestinale due aux adhérences contractées au niveau du tamponnement à la Mickulicz de la première intervention.

La laparotomie avec libération des adhérences lui sauva la vie.

La deuxième malade est analogue, mais le tableau fut plutôt celui de la péritonite; néanmoins, comme pour la première, le diagnostic fait fut celui de rupture d'une grossesse extra-utérine. L'intervention fut pratiquée tardivement, six jours après le début des accidents, et permit de constater une hémorragie intra-péritonéale abondante et de vérifier le diagnostic; elle n'amena aucun résultat.

M. Pollosson conclut, en terminant, à la nécessité des interventions abdominales rapides dans les cas analogues. D'après lui, les hémorragies sont d'autant plus abondantes qu'on est plus près du début de la grossesse.

Villar. — TUMEUR KYSTIQUE DE LA RÉGION INGUINALE CHEZ UNE FEMME. (*Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux* et *Gaz. des Hôp. de Toulouse*, 8 oct. 1898.)

Mme X..., âgée de quarante-trois ans, s'aperçut en 1894 de l'existence, dans la région inguinale, d'une petite tumeur du volume d'une grosse aveline. Le médecin consulté à cette époque dut porter le diagnostic d'adénite, car il prescrivit comme traitement le repos et l'application d'un emplâtre.

La tumeur continua à évoluer et à augmenter lentement. De temps à autre, elle disparaissait, ou du moins diminuait, au dire de la malade.

Il y a quatre jours, Mme X... éprouva des douleurs assez violentes dans la région inguinale et il lui sembla en même temps que la tumeur avait augmenté de volume. Elle fit venir son médecin, M. le Dr Teulières, qui pensa à la possibilité d'un étranglement herniaire, tout en reconnaissant que le tabeau symptomatique n'était pas net et qu'il pouvait bien s'agir, en l'espèce, d'une simple tumeur de la région.

Appelé en consultation, je constate ce qui suit : A l'inspection, tuméfaction de la région inguinale gauche. Par la palpation, je reconnus l'existence d'une tumeur du volume d'un gros œuf de dinde. Cette tumeur partait de l'orifice externe du canal inguinal et descendait jusque dans la grande lèvre du côté correspondant. De consistance élastique, elle était submate à la percussion. Rien dans l'intérieur du canal lui-même; les efforts de toux ne se transmettaient pas à la tumeur. J'ajouterai que l'examen local réveillait un peu de douleur.

Après mon examen, je crus pouvoir éliminer le diagnostic de hernie étranglée et je pensai que nous nous trouvions en présence d'un kyste de la région inguinale, accompagné de phénomènes douloureux, soit d'un kyste développé dans un sac herniaire déshabité (kyste sacculaire), soit d'un de ces kystes qu'on observe chez la Femme dans la région inguinale.

Je proposai une intervention qui fut acceptée et pratiquée dès le lendemain. Je n'insiste pas sur la technique opératoire qui fut des plus simples : incision le long de la tumeur, dans la direction du canal inguinal, isolement de la tumeur, incision de la paroi antérieure du canal inguinal, résection de la tumeur, ligature du pédicule. Je terminai l'opération par un Bassini; c'est toujours prudent dans les cas de ce genre.

Mais je désire attirer l'attention sur les différents aspects que présenta la tumeur au cours de l'opération. Tout d'abord, rien de spécial; lorsque j'eus incisé la poche, il s'écoula une certaine quantité de liquide citrin. Agrandissant alors mon incision, j'aperçus dans l'intérieur du sac fibreux quelque chose d'arrondi, lisse et rosé, rappelant à s'y méprendre l'aspect de l'intestin. Mes aides et moi, nous pensâmes aussitôt que nous nous trouvions en présence d'une hernie. Mais, après avoir encore agrandi l'incision de la poche, nous pûmes constater que ce que nous avions pris pour l'intestin n'était autre chose qu'un kyste accolé à la paroi interne du sac déjà incisé.

Voici d'ailleurs la pièce tout entière : il existe un sac, d'apparence fibreuse et d'une certaine épaisseur, dans l'intérieur duquel il y avait du liquide, ainsi que je l'ai déjà dit : la paroi interne de ce sac est creusée çà et là de cavités peu profondes, sorte d'encoches. Sur cette paroi interne se trouve implanté, par une large base, un kyste du volume d'un œuf de pigeon. L'ensemble de cette pièce me paraît très intéressant; il y a en somme deux poches kystiques, dont l'une renferme l'autre.

L'examen histologique et chimique sera pratiqué ultérieurement.

Quelle est la pathogénie de ces formations kystiques.

Je laisse de côté l'hypothèse d'un kyste sacculaire à cause de la disposition que je viens de décrire. Dans le cas particulier, il s'agit évidemment d'une lésion d'origine congénitale, soit d'un kyste développé dans l'intérieur même du ligament rond. On sait, en effet, que ce ligament rond provient du gubernaculum de Hunter, lequel, d'après E.-H. Weber, serait primitivement creux. Quelle que soit l'origine exacte, cette pièce est fort intéressante par l'existence du kyste dans l'intérieur d'une autre poche également kystique.

Poljakoff. — DES PARTICULARITÉS DE LA RÉACTION INFLAMMATOIRE DANS LA CAVITÉ PÉRITONÉALE (1). (*Revue génér. de pathologie interne*, 20 sept. 1898.)

Poljakoff s'est proposé d'étudier les modifications qui se font

(1) POLJAKOFF. *Central f. Bakt.*, 6 août 1893.



dans le péritoine du cobaye après l'injection de solution de chlorure de sodium, de bouillon, et de toxines microbiennes.

Dans le péritoine du Cobaye sain, on trouve toujours quelques leucocytes, des Cellules épithéliales et des globules sanguins ; les leucocytes et les érythrocytes y viennent par une diapédèse normale.

A l'autopsie de Cobayes normaux, l'auteur n'a jamais trouvé de liquide péritonéal et n'a jamais pu en recueillir avec une pipette. Le contenu n'est en effet qu'une couche très mince sur le péritoine et les viscères, qui leur donne l'aspect luisant. Le pouvoir de résorption du péritoine est grand : 85 c. c. d'une solution saline à 7 0/0 avaient disparu au bout de vingt à vingt-quatre heures. L'injection de plus grandes quantités, de 25 c. c. d'un coup, laissait, après le même temps, seulement un résidu de 1 c.c., et les différentes parties du péritonite portaient des traces d'inflammation.

L'auteur a repris une série d'expériences analogues à celles de Pierralini, mais il a cherché à procéder avec plus de rigueur.et au lieu de se contenter de constater approximativement le nombre des leucocytes dans le péritoine, il les comptait avec l'appareil de Thoma-Zeiss. Après l'injection, le liquide du péritoine était recueilli au moyen d'une pipette introduite par une petite ouverture faite à la peau.

Après des injections de bouillon, de solution de peptone à 2 0/0, de culture tuée de Bacille pyocyanique.l'auteur a toujours vu,quinze à vingt minutes après l'injection, l'éclaircissement du liquide recueilli, et une diminution notable du nombre des leucocytes, mais non la disparition complète, comme l'avait signalé Pierralini.

Pour l'auteur, les leucocytes que l'on trouve dans le péritoine, viendraient des vaisseaux, ce qui est en désaccord avec l'opinion de Ranvier qui en fait des clasmatocytes. Cette diminution du nombre des leucocytes, cette « leucopénie » est due à la destruction des leucocytes ; la fibrine enferme les leucocytes qui n'ont pas été détruits,et en effet, si l'on injecte dans le péritoine 5 c. c. d'une solution au 100[e] d'oxalate de soude, qui empêche la coagulation du sang, le phénomène ne s'observe pas.

Ainsi la série des phénomènes qui suivent l'injection est la suivante : migration des leucocytes ; quinze à vingt minutes plus tard, destruction de ces leucocytes ; ceux qui ne sont pas détruits sont enveloppés de fibrine, et se déposent sur les parois abdominales et les viscères. Les leucocytes proviennent, les uns, du contenu péritonéal, et les autres viennent des vaisseaux. Puis surviennent d'autres phénomènes inflammatoires : dilatation des vaisseaux sanguins, infiltration par les leucocytes de leur tissu périphérique, dépôt de fibrine.

Après une seule injection, les phénomènes sont transitoires ; mais ils deviennent durables à la longue. On les observe même après l'injection de substances indifférentes (eau, solution saline physiologique).

On voit donc comme conséquence pratique que le lavage du péritoine en amène l'irritation et que répété, il pourrait entraîner des adhérences. Des péritonites aseptiques ont été signalées par Schrœder, Hartmann et Morax.

L'auteur a obtenu une péritonite chronique, avec adhérence, par l'injection pendant un mois à doses croissantes (de 1 à 6 c. c. de culture tuée de Bacille pyocyanique.)

REVUE BELGE

Jacobs. — RÉFLEXES STOMACAUX DUS A UNE MÉTRITE CHRONIQUE SCLÉREUSE. (*Bulletin de la Soc. belge de gyn.*, t. IX, n° 4, 1898.)

J'ai rarement eu l'occasion de constater plus nettement que dans le cas suivant l'acuité et la ténacité de symptômes stomacaux réflexes dans les affections génitales scléreuses. Cette dégénérescence de l'utérus et des annexes s'accompagne parfois de symptômes nerveux divers des plus singuliers, mais il est rare de les voir se localiser dans un seul viscère. Voici l'observation :

Mlle X..., 26 ans, sœur de charité, souffrante depuis trois ans ; opérée en 1897 par le professeur Freund, de Strasbourg, d'ovariotomie bilatérale.

Depuis longtemps avant cette première intervention, la menstruation était des plus irrégulières, très douloureuse et de moins en moins abondante. Le molimen menstruel s'accompagnait de vomissements alimentaires continus, qui chaque mois tenaient la malade alitée huit à dix jours. Ces vomissements étaient devenus de plus en plus fréquents, au point qu'en 1897 la malade ne gardait plus aucun aliment, sauf le lait en très petites quantités.

La castration ovarienne eut pour résultat d'améliorer momentanément la santé générale. Les vomissements diminuèrent et l'état général se releva quelque peu. Mais, deux mois environ après l'opération, les vomissements reprirent et devinrent à nouveau si fréquents que toute alimentation fut rendue impossible. On eut recours alors à l'alimentation rectale.

Nous vîmes la malade à cette époque. Elle était au dernier degré de l'émaciation, d'une maigreur extrême, sa faiblesse était telle que tout mouvement était quasi-impossible sans aide. L'ingestion de n'importe quel aliment était suivie de vomissements qui perduraient pendant une demi-heure à une heure. La patiente se plaignait de violentes douleurs paroxystiques sus-pubiennes, et avait remarqué que chaque mois, à l'époque présumée de la menstruation, tous les accidents augmentaient d'intensité.

L'utérus est très sensible, hypertrophié, les culs-de-sac latéraux sont dépressibles, très douloureux. On n'y perçoit aucune tumeur. La mobilité de l'utérus est normale, mais elle provoque de vives douleurs et des vomissements.

L'analyse des vomissements ne décelant aucune trace d'une affection stomacale spéciale, et nous basant sur le résultat passager donné par la castration ovarienne, nous décidons l'ablation de l'utérus par la voie abdominale.

Nous fîmes l'opération en février 1898. L'utérus, à parois volumineuses, scléreuses, est enlevé en totalité suivant notre procédé. Guérison opératoire.

L'analyse de la pièce anatomique démontre la sclérose généralisée de l'utérus, s'étendant à la trompe droite, abandonnée par le professeur Freund. Cette trompe est noueuse, sinueuse, dure, mais non kystique. Les annexes gauches n'existent plus. Lésions d'endométrite.

Les suites opératoires immédiates furent normales. Les vomissements cessèrent et l'alimentation fut permise. Ainsi notre malade reprit-elle suffisamment de forces pour se lever au bout de cinq semaines.

Il y a actuellement quatre mois et demi depuis l'opération. La patiente marche facilement, travaille, ne souffre plus que rarement dans l'abdomen et n'a plus eu de vomissements qu'à la suite d'ingestion alimentaire trop abondante.

C'est la seconde fois en un an qu'il nous est permis d'étudier un cas de ce genre. Mais je réserve le dernier cas, l'opération étant de date trop récente.

Jacobs.— ANNEXITE ET PÉRITONITE TUBERCULEUSES. (*Bulletin de la Soc. belge de gynécologie*, t. IV, n° 4.)

Je puis, Messieurs, à nouveau vous rapporter un joli succès dans un cas de tuberculose abdominale, dû à l'incision abdominale simple. Il s'agit d'une personne de 34 ans, nullipare ; souffrante depuis quelques mois lorsque nous la vîmes pour la première fois en mai dernier. L'augmentation progressive de l'abdomen, la persistance de douleurs généralisées l'amenèrent à demander l'avis de son médecin qui me l'amena, ayant constaté dans l'abdomen l'existence d'une tumeur fluctuante.

L'état général est très bon, de même que l'état des poumons, du cœur et des reins. Par le toucher vaginal, on découvre un col de nullipare, normal ; le corps utérin, petit, est dévié à droite, immobilisé. Tout le cul-de-sac gauche est effacé par une tumeur fluctuante qui remonte jusqu'aux fausses côtes gauches et dépasse l'ombilic sur la ligne médiane.

Les annexes droites, kystiques, volumineuses, sont situées dans le fond du bassin, en arrière de l'utérus.

La menstruation est très irrégulière, très minime et dolente depuis longtemps ; absence de fièvre.

Nous croyons à l'existence de tumeurs kystiques des ovaires et conseillons une laparotomie.

Celle-ci est pratiquée le 17 mai. Dès l'ouverture des parois abdominales, nous voyons le péritoine pariétal et viscéral parsemé de tubercules de toutes dimensions. Peu d'ascite dans la cavité. Au milieu d'adhérences intestinales, nous voyons la grande tumeur gauche très tendue, qui est constituée par un énorme pyosalpinx. Il nous est impossible, à cause des adhérences, d'aller constater l'état des annexes droites. Notre intervention se borne à la constatation de ces lésions et nous refermons les parois.

Suites apyrétiques.

Nous croyons, dès maintenant, pouvoir assurer une guérison radicale de ces lésions pourtant si étendues ; en effet, par le toucher, les tumeurs annexielles droites ont disparu, et la vaste tumeur annexielle gauche n'existe plus que dans le petit bassin.

C'est donc un fait de plus à ajouter à ceux présentés à notre Société de guérison de tuberculose abdominale par la simple incision exploratrice, sans lavage ni drainage.

Jacobs.— UN CAS DE GREFFES VAGINALES DU CANCER UTÉRIN. (*Bulletin de la Soc. belge de gyn.*, t. IX, n° 4.)

Parmi les centaines de cas de cancer utérin que nous avons eu l'occasion d'examiner, jamais, jusqu'à ce jour, il ne nous avait été donné de rencontrer un exemple indiscutable de greffes vaginales de cancer utérin. Il arrive fréquemment de constater l'existence du cancer des parois du vagin en même temps que du cancer du

col, mais la localisation se fait dans les culs-de-sac vaginaux, là où la muqueuse est en contact direct et constant avec le néoplasme utérin. C'est l'extension du cancer par voie lymphatique, par continuité de tissus.

Dans l'exemple que j'ai l'honneur de vous présenter, il s'agit d'un cas de cancer du col tout au début, chez une Femme de 56 ans dont l'utérus, atrophié, était indemne de toute infection.

Au pourtour du méat urinaire et sur les parois vaginales, se trouvaient quelques tumeurs du volume d'un pois à une fève bourgeonnantes, saignantes. Croyant qu'il s'agissait de noyaux cancéreux disséminés, nous intervînmes par l'excision, aussi profonde que possible de ces nodosités, suivie de la réunion immédiate des tissus cruentés. L'opération fut complétée par l'hystérectomie totale abdominale. Cette dernière nous a permis de constater l'existence, dans le ligament large gauche, d'un gros ganglion lymphatique atteint de dégénérescence. Il nous avait été impossible d'en diagnostiquer l'existence par nos examens. Ceci confirme les exemples que je vous ai rapportés déjà, de la propagation rapide du cancer du col aux lymphatiques pelviens. L'opération fut suivie de guérison, maintenue telle aujourd'hui encore (six mois).

La photographie des préparations microscopiques est très démonstrative. Nous n'insisterons pas davantage sur ce cas dont nous faisons une étude complète dans une revue spéciale allemande.

REVUE ITALIENNE

Giovanni Piccoli. — NOTE SUR LA PRIORITÉ DE LA COLPO-HYSTÉROTOMIE POSTÉRIEURE DANS LE TRAITEMENT DE L'INVERSION CHRONIQUE DE L'UTÉRUS. (*Arch. di Ostetrica e Ginecologia.* Anno V., fascicule 8.)

La *Semaine Gynécologique* (1) publiait dernièrement une leçon du prof. Duret, recueillie par Voituriez, sur les causes de l'irréductibilité dans l'inversion utérine et de son traitement par une hystérotomie spéciale.

Dans un des derniers numéros des *Archives italiennes de Gynécologie*, Piccoli réclame pour lui la priorité du procédé employé par le prof. Duret, comme l'ayant déjà exposé au Congrès de Rome et publié dans ces mêmes Archives. Comme Piccoli s'en rapporte à notre impartialité, nous nous faisons un plaisir de constater qu'en effet sa méthode se rapproche sensiblement de celle de Duret, tout en admettant que le prof. de Lille l'ait trouvée d'une manière indépendante. La méthode de Piccoli, dans ses points essentiels est la suivante :

1° Asepsie du canal génital, abaissement du col utérin avec un lacet élastique et curettage éventuel de la muqueuse utérine.

2° Large ouverture de l'espace de Douglas par une incision transversale du cul-de-sac postérieur.

3° Tentative de réduction qui, au cas de non réussite, est suivie d'une incision sur la ligne médiane de la paroi postérieure de l'utérus dans toute son épaisseur et dans toute sa longueur et réduction de l'organe.

4° Suture de la plaie du côté péritonéal par points séparés.

5° Remise en place de l'utérus et fermeture du cul-de-sac de Douglas par des sutures.

6° Réserver l'hystérectomie pour les cas d'hémorragies incoercibles de la surface de section.

Si on compare ce procédé avec celui de Duret que nous avons publié, on voit qu'il n'en diffère que par des points de détails mais cependant assez importants.

Dans le 1er temps, Piccoli fait de prime abord une large incision du cul-de-sac postérieur tandis que Duret ne l'agrandit que secondairement pour permettre la réintroduction de l'utérus déjà reconstitué sur toute la longueur du corps.

Dans le 4e temps, Duret fait deux plans de suture, tandis que Piccoli n'en pratique qu'un ; en outre, Duret dissocie la suture du col d'avec celle du corps. Il pratique d'abord la reconstitution du corps et c'est seulement après que l'utérus est reconstitué et mis en place qu'il répare le col dans un 6e temps.

Enfin Duret draine la plaie. Donc, tout en admettant la priorité de Piccoli, nous pourrons donc dire que la manière de procéder de Duret n'est pas absolument identique puisqu'elle diffère en deux points importants : la suture du col et du corps et la façon d'inciser le cul-de-sac postérieur.

F. La Torre. — L'AMPUTATION DU COL ET SES SUITES AU POINT DE VUE DES GROSSESSES ET DES ACCOUCHEMENTS ULTÉRIEURS. (*Brochure* 1898.)

Le prof. La Torre a fait le relevé de 80 amputations du col au point de vue des suites de cette opération et, notamment, de ces effets pour les grossesses et les accouchements ultérieurs. Sur ces 80 opérées pour diverses indications, 9 sont devenues enceintes après leur guérison ; 4 avaient été opérées pour métrite chronique, 3 pour de profondes ulcérations du col et deux pour rétroversion utérine.

Les résultats furent les suivants :

Les quatres Femmes opérées pour métrite chronique eurent 6 grossesses, dont une seule se termina au 8e mois, la grossesse ayant été gemellaire et les enfants particulièrement grands. Quatre grossesses se terminèrent spontanément, dont une à terme, mais avec application de forceps, nécessitée par un circulaire du cordon autour du cou et la procidence d'un bras.

Les trois Femmes opérées pour ulcérations profondes du col et qui avaient eu auparavant plusieurs avortements et des accouchements avant terme, occasionnés évidemment par ces ulcérations, eurent quatre grossesses normales après l'amputation.

La durée du travail, à l'exception du cas où l'on dut recourir à l'application du forceps, ne fut jamais très prolongée : entre 8 et 10 heures.

L'auteur n'a pu suivre que ces 9 opérées : il ne sait pas si les autres ont eu des grossesses.

De la sorte, suivant le prof. La Torre, le pronostic de l'amputation du col au point de vue de ses conséquences obstétricales serait le suivant :

1° Si l'opération est bien conduite, soit par le procédé de Schröder ou de celui de Simon-Markwald, la guérison survient par première intention, la fécondation n'est point gênée, la grossesse s'écoule normalement, l'accouchement se fait bien et le travail diffère peu d'avec celui qu'on observe avec des utérus normaux.

2° Si l'opération n'a pas pu être conduite suivant les règles, s'il en résulte une cicatrice irrégulière soit par suite d'adhérences anormales, soit parce que la guérison s'est produite par seconde intention, le canal cervical devient déformé et peut empêcher le passage des spermatozoïdes ; mais une fois la grossesse établie, elle s'écoule normalement tant au point de vue de la durée qu'au point de vue de son issue : peut-être le travail est-il seul un peu prolongé.

3° Le procédé de Schröder réclame une plus grande habileté, il présente plus de difficultés que le procédé de Simon-Markwald. En effet, le procédé de Schröder, pour bien réussir, réclame un col assez résistant et la difficulté de passer l'aiguille entre les deux lèvres inégales occasionne souvent des réunions irrégulières et, par suite, des cicatrices vicieuses. C'est pourquoi le prof. La Torre emploie toujours le procédé Simon-Markwald, mais quelque peu modifié par lui. Au lieu de passer le fil d'une lèvre à l'autre, après avoir pratiqué l'amputation d'une des valves du col, le prof. La Torre passe son fil *au préalable* au moyen d'une aiguille courbe de Hagedorn dans toute l'épaisseur du col. Faisant tirer légèrement sur les fils ainsi passés, il pratique sous eux le lambeau cunéiforme de Simon-Markwald, en prenant bien garde de ne pas inciser les fils. On n'a plus qu'à serrer ceux-ci pour que les deux lèvres égales en longueur se rejoignent exactement.

4° Un des facteurs importants de la réussite de l'amputation du col se tire de l'indication. En effet, toutes les métrites ne sont pas justifiables de cette opération, pouvant être guéries par des moyens médicaux.

Le prof. La Torre croit que c'est un abus de pratiquer l'opération dans toutes les cervicites sans ulcération et sans ectropion, parce que dans ce cas, l'opération détermine des lésions plus graves que la maladie elle-même.

Seules les métrites chroniques avec hypertrophie et dégénérescence glandulaire du col, profondes ulcérations, et ectropion sont justifiables de l'opération comme causes d'avortements et d'accouchements prématurés et aussi de troubles nerveux de toutes sortes.

On voit que les résultats du prof. La Torre sont entièrement opposés à ceux d'Audebert et concordent complètement avec ce qui avait été écrit ici-même par Pichevin.

Le prof. La Torre pense que ces résultats d'Audebert, si défavorables à l'amputation du col, sont entachés d'erreur pour plusieurs raisons, dont les principales sont que les accouchées par lui observées ne sont pas ses propres opérées, mais ont été vues à la Clinique Baudelocque ; par conséquent, Audebert n'a pu se guider que sur leur dire pour connaître l'opération qu'elles ont subies ; d'autre part, Audebert ne note aucune des autres causes ayant pu produire les avortements qu'il cite chez les amputées du col. Notamment la syphilis, l'alcoolisme ou les maladies infectieuses.

Comme résultat général, le prof. La Torre conclut en disant que l'amputation du col, bien menée et pratiquée suivant des indications précises est une excellente et inoffensive opération au point de vue des suites obstétricales.

(1) *Semaine Gynécologique*, n° 31, 2 août 1898.

R. PICHEVIN, *Directeur-Gérant.*

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE DAIX FRÈRES.
Maison spéciale pour Journaux et Revues.

SOMMAIRE

HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE TOTALE

pour cancer utérin,

Par M. Paul Reynier, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux.

—

L'hystérectomie abdominale totale est devenue à l'heure actuelle une opération si courante, si bien réglée, qu'avec raison on a été porté à étendre son application.

Réservée au début aux fibromes, dans ces derniers temps elle a été faite dans des cas de cancer utérin.

Les chirurgiens américains ont été les premiers à se lancer dans cette voie ; ici, en France, MM. Quénu, Michaud nous apportaient, au mois de mars dernier, des observations de malades opérées pour épithélioma utérin.

Moi-même, presque à la même époque, puisque ma première opération date du mois de mars 1898, je tentai d'enlever les utérus cancéreux, épithélioma du col et épithélioma de la cavité, par l'abdomen.

Dans mes opérations, je fus frappé de tous les avantages qu'il y avait à aborder par cette voie cette lésion.

Ici encore, la supériorité de la voie abdominale s'affirmait, pour moi, sur la voie vaginale. Je devenais très partisan de cette opération, et je continuai pendant toute cette année ces tentatives. J'ai pu ainsi opérer huit cancers utérins ; et ce sont les résultats de ces opérations que je viens vous exposer, espérant vous convaincre, comme moi, que c'est la meilleure manière d'aborder un cancer utérin, si toutefois il n'a pas cessé d'être inopérable, à cause de l'étendue des lésions.

Mais, avant de vous parler de mes résultats, je tiens d'abord à vous exposer le manuel opératoire que j'ai suivi, et que je suivrai dorénavant toujours.

La malade, sur la table d'opération, a été lavée minitieusement et complètement rasée. Le ventre et le vagin ont été soigneusement aseptisés.

Je commence par introduire une valve dans le vagin, et, avec la pointe d'un long bistouri, je trace une incision circulaire tout autour du col, circonscrivant la lésion. Mon bistouri incise seulement la muqueuse vaginale. Je dirai tout à l'heure l'utilité de ce premier temps.

Si j'ai un trop gros champignon, comme cela m'est déjà arrivé dans l'observation 1, je le réduis avec le thermocautère.

Ceci fait, je me lave les mains, par précaution (car mes mains n'ont rien touché), dans le permanganate et le bisulfite, le sublimé.

Je me mets sur les côtés de la malade, et je fais l'incision abdominale.

A ce moment je fais basculer le lit en arrière, de manière à ce que la Femme soit dans la position de Trendelenburg.

Le ventre ouvert, j'abaisse tout le paquet intestinal, je le recouvre de compresses qui, s'étendant sur le rectum, protègent entièrement toute la cavité péritonéale.

Un aide maintient la masse intestinale.

Je relève l'utérus, et je place une pince courbe de chaque côté sur l'artère utéro-ovarienne en dehors de l'ovaire.

Contre l'utérus je place deux pinces droites longues qui enserrent la moitié du ligament large. Je coupe entre ces deux pinces le ligament jusqu'à sa moitié.

A ce moment, je fais l'incision du péritoine sur la face antérieure de l'utérus, et je commence le décollement de la vessie. Je décolle jusqu'à ce que je pénètre dans le vagin par mon incision vaginale.

L'utilité de cette incision m'est alors démontrée, car sans elle on risque, en décollant, de décoller trop de paroi vaginale antérieure. On peut également prier l'aide qui est entre les jambes de la malade de pousser une pince par cette incision, qui vous guide pour achever rapidement ce décollement.

Le vagin ouvert de ce côté avec non pas le doigt, mais la spatule ou les ciseaux mousses, on prend d'autres ciseaux pour sectionner le cul-de-sac postérieur, et pénétrer en arrière de l'utérus dans le vagin.

L'organe utérin ne tient plus que par la base des deux ligaments larges.

Il est alors facile, prenant successivement les ligaments entre les doigts, pendant qu'avec l'écarteur sus-pubien l'aide placé entre les jambes protège la vessie, de glisser les mors d'une pince qui enserre cette base du ligament et l'artère utérine.

En somme, c'est la manœuvre en sens opposé qu'on exécute dans l'hystérectomie vaginale quand on veut placer sa pince utérine.

La base du ligament large étant enserrée de chaque [illegible] ne reste plus qu'à sectionner de chaque côté ce ligament [illegible] dedans de la pince, et l'utérus alors vient comme un fruit mûr qui se détache de la branche.

En l'attirant au dehors, s'il tombe quelques gouttes de sanie, cette sanie tombe sur les compresses qui garnissent le petit bassin, et qu'on change rapidement.

Vous n'avez plus qu'à remplacer les quatre pinces, qui sont deux sur le pédicule des annexes, deux sur les artères utérines, par des ligatures à la soie, et l'opération est finie.

Si je préconise ici l'emploi des pinces, et leur remplacement par une ligature lorsque tout est fini, c'est que j'ai reconnu les inconvénients des ligatures mises dès le début de l'opération sur les pédicules ovariens. Dans les tiraillements que subit fatalement le ligament large pendant qu'on décolle, ou qu'on coupe d'un côté, la partie enserrée du ligament large glisse dans la ligature surtout quand le ligament large est très mince, et on est surpris de voir à la fin de l'opération lorsque tout est terminé, une hémorragie se produire, que l'hémostase parfaite pendant tout le temps de l'opération n'avait pu faire prévoir.

Par l'ouverture vaginale l'aide introduit une pince qui prend un drain, entouré de gaze, que je lui présente par l'abdomen.

Avec cette gaze, vous tapissez l'ouverture vaginale, vous finissez par un bon lavage à l'eau bouillie ou au chlorure de sodium du petit bassin, et vous refermez le ventre.

Telle est l'opération très simple que je vous propose; comme vous le voyez il n'y a pas là un procédé particulier, ce ne sont que des règles de chirurgie générale que j'applique.

C'est de la même façon que je procède d'ailleurs pour les fibromes, ajoutant simplement à l'opération la sortie du fibrome hors du ventre avec le tire-bouchon. Depuis longtemps j'ai abandonné tous ces procédés de violence qu'on nous a vantés avec tant de tapage les années dernières, et qui consistaient dans la saisie du col avec une pince, et dans le décollement à la force du biceps de l'utérus avec la vessie.

Ces procédés d'arrachement, qui peuvent quelquefois réussir en cas de fibrome, ne pourraient être utilisés dans les cas de cancer utérin. Celui-ci, en effet, rend les parois de l'utérus friables, déchirant sous les mors de la pince.

C'est une des difficultés de l'hystérectomie vaginale, qui souvent est impossible par le fait de cette friabilité. En pratiquant l'hystérectomie abdominale totale on ne se heurte pas à cette difficulté, car on n'est pas obligé de mettre de pinces sur l'utérus.

Je crois également qu'il est inutile de sectionner, comme l'a fait M. Quénu, l'utérus pour faciliter son ablation.

On risque par cette section de laisser écouler des matières septiques et on est plus sûr de son asepsie en enlevant l'utérus dans son entier.

J'arrive maintenant aux indications de cette opération.

Par la voie abdominale, il est incontestable qu'on peut enlever des utérus qu'on n'enlèverait pas par la voie vaginale.

On peut également, par cette voie, enlever beaucoup plus de paroi vaginale, le décollement du vagin pouvant, par voie abdominale, se faire sur une grande étendue.

Toutefois, si le vagin est très pris, l'opération devient mauvaise, la récidive étant presque certaine à très brève échéance, à cause de l'envahissement des lymphatiques ; il vaut mieux s'abstenir.

L'induration des ligaments larges est également une contre-indication ; car, si on peut enlever par la voie abdominale de grands morceaux de ligaments larges, le voisinage de l'uretère par en bas limite ces exérèses, et l'opération est toujours incomplète.

Une contre-indication également est l'envahissement du cul-de-sac antérieur.

Dans ces cas la vessie est le plus souvent prise ; le décollement de l'utérus avec elle ne peut se faire sans déchirer celle-ci.

M. Quénu nous a montré qu'on pouvait quelquefois disséquer l'uretère dans une masse néoplasique, mais cette dissection a de grandes chances d'échouer, et dans ces cas le résultat ne récompense pas du mal qu'on s'est donné. On laisse toujours dans cette dissection du tissu cancéreux, plus ou moins adhérent, gage d'une repullulation rapide.

Quand l'uretère est enfin englobé ainsi, il est bien rare que l'artère utérine ne le soit pas.

Les pinces, dans ce cas, ne tiennent pas, les ligatures tombent.

Je me suis trouvé, dans la sixième opération que j'ai faite, en présence d'accidents de ce genre.

Présumant trop de la voie abdominale, j'avais entrepris d'enlever un utérus dont le cul-de-sac était envahi.

Il me fut impossible de lier l'artère utérine ; je fus toutefois maître de l'hémorragie en pinçant dans la pince vasotribe que M. Mathieu a construite et que j'ai présentée à la Société de chirurgie, et que je vous représente ici. Avec cette pince on détermine une pression de 1800 kg. au niveau du talon des mors, et de 800 kg. à leur extrémité. Elle est, comme vous le voyez, très supérieure à toutes les pinces qui ont été construites pour faire de la vasotripsie.

Chez ma malade l'hémostase fut parfaite ; mais les manœuvres avaient été longues, et ma malade mourait le lendemain de collapsus, malgré les injections de sérum.

A l'autopsie il ne s'était pas produit d'hémorragie.

Je cite ce cas pour montrer l'utilité de la vasotripsie, qui peut, dans des cas exceptionnels, vous rendre de réels services.

En résumé, on ne doit opérer que lorsque la lésion reste limitée à l'utérus. Ce sont ces cas qui peuvent donner les plus grands succès et ce sont ceux qui justifient l'opération.

Sur mes huit malades, six étaient dans ces conditions ; elles ont guéri toutes les six de l'opération.

Les deux autres présentaient des lésions étendues, l'une au cul-de-sac antérieur, l'autre au ligament large. Elles sont mortes toutes les deux, l'une de collapsus, l'autre de péritonite.

En résumé, pour cette opération, j'ai eu six succès opératoires, et deux morts.

Comparez cette statistique avec celle des hystérectomies vaginales, et vous voyez qu'elle est autrement encourageante.

Quant à l'avenir de ces malades, il y a trop peu de temps que j'ai fait des opérations pour en rien préjuger.

HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE POUR CANCER.

Observation I. — Ben. (Mélanie), trente et un ans, 2 mars 1898 ; épithélioma du col avec champignon volumineux ; opération sans accident ; guérison ; récidive en août.

Obs. II. — Marie M., trente-sept ans, 8 mars 1898 ; épithélioma du col ; envahissement peu étendu du cul-de-sac antérieur ; opération, ouverture et suture de la vessie, dissection de l'uretère ; mort de péritonite.

Obs. III. — Pell. (Marie), trente-sept ans, 9 avril 1898 ; épithélioma du col et de la cavité ; opération sans accidents ; guérison ; revue le 25 juin, pas de récidive.

Obs. IV. — Bour... (Léonie), 26 mai 1898 ; épithélioma intra-utérin, culs-de-sacs libres ; opération sans accidents ; guérison ; revue trois mois après, pas de récidive.

Obs. V. — Till... O., 9 mai ; épithélioma limité au col ; opération sans accidents ; guérison ; n'a pas été revue.

Obs. VI. — Norm..., quarante-deux ans, 9 juillet 1898, épithélioma du col ; opération laborieuse envahissement du ligament large. Pas de ligature de l'utérine, vasotripsie, dissection de l'uretère ; mort de péritonite à l'autopsie, pas d'hémorragie.

Obs. VII. — Puj..., cinquante-deux ans, 15 juillet 1898, épithélioma intra-utérin ; opération sans accidents ; guérison ; neurasthénie depuis, probablement récidive en septembre.

Obs. VIII. — Marie M..., cinquante-deux ans, juillet 1898 ; fibrome et épithélioma ; opération sans accidents ; guérison de l'opération ; morte deux mois après ; ramollissement cérébral.

NOTE SUR 4 OBSERVATIONS DE KYSTES DE L'OVAIRE SUPPURÉS

PAR

le Dr F. Commandeur
Chef de Clinique obstétricale à l'Université de Lyon.

M. Léon Frarier
Interne des Hôpitaux de Lyon.

Il y a 25 ans, la suppuration spontanée des kystes de l'ovaire était considérée comme un fait exceptionnel, alors que celle consécutive à la ponction était au contraire fréquente. Dans ces dernières années le nombre croissant des laparotomies a permis de constater combien cette opinion était erronée et le nombre des faits publiés augmente de jour en jour.

Mangold (th. de Bâle, 1895) a précisé les conditions étiologiques et les signes cliniques de cet accident de l'évolution des kystes ovariens, et M. Bouilly, dans un mémoire (*la Gynécologie*, 1896, p. 193), basé sur 8 observations personnelles, étudie, outre le tableau clinique de la suppuration intrakystique, les résultats opératoires qu'il a obtenus. D'autres faits ont été publiés depuis : (Gottschalk, *Samml. klin.*, *Vorträge*, 1898; Swann, *New-York.med Journ.*, 1898, etc.) Nous apportons 4 nouveaux faits tirés de la pratique hospitalière du Prof. Fochier. Ce sont des cas de suppuration spontanée de 3 kystes dermoïdes de l'ovaire et d'un kyste simple, dont voici les observations.

Observ. I — *Kyste suppuré de l'ovaire droit. — Ablation du kyste après ponctions. Mickulicz. — Guérison.*

La nommée R.... (Françoise), 27 ans, corsetière, entre le 27 octobre 1891, à la 2e infirmerie de la Charité.

Sa menstruation, établie à 15 ans, a toujours été régulière. Un premier enfant il y a 4 ans ; un 2e, il y a 4 mois, à la Clinique obstétricale ; elle n'avait pas souffert pendant cette dernière grossesse. L'accouchement se fit spontanément avec dégagement de la tête en postérieure directe, le 6 juin 1891. Il n'y a pas eu la moindre élévation de température pendant les suites de couches.

Revue par M. Fochier le 22 juin, M. le professeur reconnut l'existence d'un kyste de l'ovaire occupant le côté gauche de l'abdomen et lui conseilla de se faire opérer.

C'est depuis sa dernière couche qu'elle accuse des douleurs dans le côté droit de l'abdomen ; en même temps sa santé s'altéra et elle maigrit rapidement.

Depuis son accouchement les règles n'ont pas reparu.

Les douleurs sont intermittentes et le ventre n'a pas augmenté de volume.

A l'examen actuel. On sent par la palpation une tumeur dure et mobile de la grosseur d'un petit œuf d'Autruche, située à l'hypogastre et un peu à droite, surtout dans sa partie supérieure. On la fait facilement passer à gauche de la ligne médiane.

Au début, cette tumeur était bien plus volumineuse qu'actuellement, et elle a toujours diminué, en même temps que les douleurs qui ont suivi une marche parallèle.

Au toucher : col un peu mou. La tumeur fait saillie dans le cul-de-sac antéro-latéral droit.

L'appétit, presque nul au début, paraît aujourd'hui normal.

28 octobre. — *Opération*, par M. le Prof. Fochier. — La paroi abdominale incisée, on tombe sur une poche qu'on ponctionne et qui donne issue à un liquide purulent, d'odeur infecte, dont une partie coule dans le péritoine. La formation du pédicule est accompagnée d'une hémorragie difficile à maîtriser. Ablation du kyste. — Drainage à la Mickulicz.

1er novembre. — Les mèches du Mickulicz sont enlevées.

23 *novembre.* — Il persiste un trajet fistuleux au niveau du Mickulicz.

25 *avril* 1892 (six mois après l'opération). — Il persiste au niveau

de la cicatrice abdominale une fistule dans laquelle le stylet pénètre de 10 centim. environ.

Observ. II. — *Kyste de l'ovaire suppuré avec adhérences péritonéales. Incision. - Mickulicz.— Guérison.*

La nommée D.... (Marie), 40 ans, entre à la 2ᵉ Infirmerie de la Charité, le 26 décembre 1892.

Elle n'a jamais eu d'enfants à terme. Une fausse couche à 18 ans.

Elle affirme que, depuis deux mois seulement, elle a remarqué le développement d'une tumeur de la région abdominale, saillante surtout à droite de la ligne médiane. Cette tumeur était le siège de douleurs vives au point d'arracher des cris à la malade. Depuis 15 jours, ces douleurs se sont encore exacerbées ; l'état général s'est notablement modifié et la malade a maigri rapidement.

A l'entrée, elle présente un facies pâle, amaigri : la température rectale s'élève à 39° avec oscillations.

L'abdomen, volumineux, laisse percevoir la tumeur qui a son maximum de saillie au voisinage de l'ombilic, à droite. A son niveau, la pression provoque de vives douleurs et détermine la sensation de flot très nette.

Au toucher, on perçoit en arrière de l'utérus une masse tendue et fluctuante, se confondant avec la tumeur abdominale.

31 Décembre.— Opération par M. le Prof. Fochier. — Laparotomie. — Le péritoine ouvert, on tombe sur un kyste gauche volumineux. A sa partie inférieure, du côté du petit bassin, il présente des adhérences péritonéales épaisses qui n'en permettent pas l'ablation. On fait une ponction, qui donne issue à un liquide séro-purulent avec grumeaux blanchâtres que l'on enlève après incision du kyste. La cavité est tamponnée avec un Mickulicz.

20 Janvier. — La malade va bien ; il persiste un trajet allant jusqu'au fond de la poche du kyste et d'où s'écoule un peu de liquide purulent.

23 Février. — Sort en bonne santé avec un trajet fistuleux.

Observ. III. — *Kyste dermoïde suppuré de l'ovaire gauche, adhérent à l'épiploon et à l'intestin. —Ablation — Mickulicz. —Guérison.*

La nommée H... (Philomène), femme Uz..., 45 ans, cultivatrice, entre à la 2ᵉ Infirmerie, le 26 Mai 1898. Elle jouit d'une très bonne santé habituelle et ne possède aucun antécédent pathologique.

Réglée à 13 ans, régulièrement, elle a eu depuis son mariage 12 grossesses à terme, dont il ne reste que 4 enfants vivants ; les autres sont morts d'affections diverses. Sa dernière grossesse, datant de 4 ans, était gémellaire et c'est à elle que la malade fait remonter le début de sa maladie actuelle.

Il y a 4 ans, après son accouchement, elle s'aperçut qu'elle avait dans le flanc gauche une tumeur peu volumineuse qui était le siège de petites crises douloureuses d'un quart d'heure à 1 heure de durée, survenant sans cause apparente et cessant à la suite d'un traitement anodin, tel que l'application d'un corps chaud Les douleurs persistent encore actuellement. De plus, vers le mois de séptembre 1897, il y a 7 mois, elle fut atteinte *brusquement* d'une affection sur laquelle elle ne donne que de vagues renseignements. Elle aurait eu le ventre très volumineux, des vomissements et on la considéra comme très gravement atteinte. Elle dut garder le lit près de six mois et ne l'a guère quitté que depuis un mois. Pendant cette période, son état général fut très altéré et elle est actuellement encore très amaigrie.

A l'examen :

Utérus horizontal, ne paraissant pas augmenté de volume ; son fond est difficilement accessible. L'organe paraît mobile. Col un peu élevé, médian.

A gauche existe une tumeur peu mobile, incomplètement déplaçable du côté droit, du volume d'une grosse tête de fœtus. La palpation la montre directement appliquée contre la paroi abdominale, mate dans toute son étendue ; de consistance dure par places, molle et presque fluctuante en d'autres. La pression sur les limites de la tumeur détermine un peu de douleur au niveau des points durs. La tumeur dépasse la ligne médiane et empiète sur le côté droit : vers sa partie externe et gauche, elle parait descendre dans le petit bassin. Elle est cependant difficilement perceptible par le toucher.

Pas d'ascite. Température : 39°

28 Mai.— Opération par le prof. Fochier. Laparotomie. On tombe sur le péritoine pariétal adhérent à l'épiploon, qui adhère lui-même à la tumeur ; celle-ci a de plus contracté de tous côtés des adhérences avec l'intestin. L'incision de la tumeur laisse écouler un liquide horriblement fétide, purulent, renfermant des grumeaux. En même temps s'échappent des gaz d'odeur infecte. M. Fochier parvient à décortiquer la poche et à l'extirper. Le détachement des adhérences, long et difficile, n'a présenté aucun incident. Drainage abdominal à la Mickulicz, une partie du liquide purulent ayant, malgré tout, filé dans le ventre.

6 juin. — On enlève les 2 mèches du Mickulicz, la température est tombée.

7 juin. — Le Mickulicz est enlevé et remplacé par une petite mèche.

15 juin. — L'état général s'améliore rapidement ; la malade se lève, mange de bon appétit.

18 juillet. — Elle quitte le service, ne souffrant plus du tout, avec un très bon état général. La plaie est à peu près complètement cicatrisée.

Observ. IV. — *Kyste dermoïde suppuré de l'ovaire gauche ; adhérences épiploïques et intestinales nombreuses. Ablation par voie abdominale. — Mickulicz. — Guérison.*

La nommée Cl.....(Louise), femme Arn....., 30 ans, ménagère, entre, le 13 juin 1898, à la 2ᵉ infirmerie de la Charité.

Les antécédents sont insignifiants.

Réglée à 12 ans, régulièrement ; elle a eu un an après son mariage une grossesse (à 21 ans).

Sa santé a été excellente jusqu'à 25 ans ; à cette époque elle a eu une bronchite qui dura 3 semaines et depuis elle tousse un peu tous les hivers.

Elle s'est aperçue de l'affection actuelle il y a 1 an. Elle éprouva un jour, hors de l'époque de ses règles, des douleurs violentes qui l'obligèrent à s'aliter pendant 24 heures. Un médecin consu' reconnut l'existence d'une tumeur, et malgré la persistance c règles, conclut à une grossesse de 5 mois. Depuis cette époque malade a continué à souffrir du ventre, surtout dans la région l'ombilic.

Il n'y a jamais eu de métrorragies, ni de pertes blanches. Le règles étaient plutôt moins abondantes. De temps à autre un peu de gêne de la miction.

Actuellement. — Le ventre est augmenté de volume par le fait d'une tumeur médiane, débordant à gauche, occupant la région sous-ombilicale, du volume d'une grossesse de 5 mois. Au début de la maladie, il y a un an, le ventre était, paraît-il, plus volumineux.

A l'examen. — Utérus en rétroversion très accentuée. En avant de lui se trouve une tumeur remontant jusqu'au voisinage de l'ombilic, se prolongeant plus à gauche qu'à droite. Elle est très facilement perceptible par le cul-de-sac antérieur. Elle est molle, fluctuante, mate à la percussion, sauf dans une mince zone supérieure, où on perçoit la sonorité intestinale en avant d'elle. En ce point, existe de la douleur à la pression. La tumeur est fixe et ne peut être mobilisée en aucun sens.

L'état général est bien médiocre. La malade est amaigrie, le teint jaunâtre, les traits étirés. Il n'y a pas de température.

Diagnostic. — Kyste de l'ovaire adhérent par son pôle supérieur à des anses intestinales.

15 juin. — *Opération* par M. le Prof. Fochier. — Laparotomie. On tombe sur un épiploon adhérent à la face antérieure de la tumeur. Ces adhérences, faibles en bas, sont très solides en haut. D'autre part, les anses intestinales forment une collerette adhérente sur le pôle supérieur du kyste. Ces adhérences cloisonnent la cavité abdominale en deux loges, dont l'inférieure loge le kyste. Le kyste trop volumineux pour sortir par l'incision abdominale est ponctionné. Il s'en échappe un liquide purulent, très fétide, mélangé à des debris épithéliaux, des gouttelettes huileuses, des cheveux et une dent. On termine alors la libération des adhérences qui est très pénible. Enfin, le kyste est pédiculisé et enlevé. Pendant ces manœuvres, une certaine quantite de liquide purulent coule dans le ventre. Le kyste enlevé, on voit que la loge abdominale inférieure communique avec la supérieure par une ouverture située en haut et à droite. Aussi étant donne l'issue du pus pendant l'opération, on place 2 Mickulicz, un dans chaque loge.

18 juillet. — Les suites opératoires ont été des plus simples, et la malade peut sortir aujourd'hui. Elle ne présente plus cet état cachectique qu'elle avait avant l'opération. Il reste une petite fistule cutanée.

Nous ne voulons pas reprendre l'histoire de la suppuration des kystes de l'ovaire qu'on trouvera en détail dans le mémoire de M. Bouilly et dans le traité des suppurations pelviennes de M. Delbet. Il est certains points seulement sur lesquels nous croyons devoir insister d'après l'étude de nos observations :

Un premier point est l'*influence de l'accouchement sur l'éclosion des accidents*. Ce fait est déjà noté par Delbet. Sur 40 cas de kystes dermoïdes suppurés, 8 fois c'est dans la période post-puerpérale que les phénomènes de suppuration ont éclaté, c'est-à-dire dans 1/5 des cas ; dans les observations de Bouilly 2 fois sur 4, dans les nôtres 1 fois sur 4. On peut y joindre encore l'observation de M. Leroy des Barres (Académie de médecine 1894), celle de Gottschalk (*Samml. klin. Vorträge* 1898). En totalisant ces faits, on voit qu'environ 1 fois sur 4, c'est pendant la période des suites de couches que surviennent les accidents. Il semble évident à priori qu'on doive incriminer

la septicémie puerpérale comme cause de l'infection du kyste, mais ceci peut se faire d'une façon bien différente.

Tantôt la suppuration survient au cours d'une grande infection puerpérale et se confond en quelque sorte avec elle comme évolution.

Tantôt l'infection puerpérale est bénigne et ce n'est qu'au bout de qu lques jours que se manifeste la suppuration du kyste.

Tantôt, enfin, on ne trouve pas de trace d'infection utérine, quoique la suppuration se manifeste dans les jours qui suivent l'accouchement. Notre observation I est, à ce point de vue, typique. Nous n'avons constaté, sur la courbe thermométrique des 12 jours qui suivirent l'accouchement, aucune élévation de température. Il est difficile, dans ces cas, de trouver les liens qui rattachent la suppuration du kyste au phénomène de l'accouchement. Celui-ci agit-il simplement comme traumatisme déterminant la localisation sur le kyste de germes préexistant dans le sang ? Ou bien la plaie placentaire et les érosions génitales servent-elles seulement de porte d'entrée aux germes, sans réaction locale aux points de leur pénétration, mais avec localisation secondaire sur le kyste, soit par voie lymphatique, soit par voie sanguine ? Il y a là évidemment un point obscur que de nouveaux faits pourront seuls éclaircir.

M. Bouilly a bien insisté sur les symptômes dominants de la suppuration. Les malades frappent surtout par l'amaigrissement et l'état cachectique qu'elles présentent. Chez 2 de nos malades, où on a pu suivre l'état de la température avant l'intervention, elle oscillait entre 38° et 39°, et chez l'une atteignait près de 40° Il est exceptionnel que la *douleur* fasse défaut. Elle peut revêtir différents types d'inégale fréquence.

1er *type.*— Les douleurs apparaissent sous forme de *crises* plus ou moins violentes, arrachant parfois des cris à la malade, puis s'amendant au bout de quelques jours pour reparaître à nouveau avec le même caractère ou avec un caractère d'acuité progressive (Obs. I, II, III de Bouilly, nos obs. I, IV). Ces crises peuvent être accompagnées d'augmentation de volume du ventre soit progressive, soit à marche parallèle à l'acuité des douleurs, c'est-à-dire avec des rémissions. D'autres fois le volume de l'abdomen n'est nullement modifié.

2e *type. – Les accidents éclatent brusquement et se manifestent par des symptômes péritonéaux très marqués.* Ce type existe surtout dans les suppurations intra-kystiques survenant au cours de la grande infection puerpérale. Ces poussées péritonitiques peuvent se reproduire plusieurs fois, à des intervalles séparés par des périodes de rémission complète, ou laissent à leur suite des crises douloureuses comme dans le 1er type.

3e *type.* — Il est en quelque sorte *mixte* ; après une période plus ou moins longue de petites crises douloureuses, se développent brusquement un jour des symptômes péritonéaux graves. Ceux-ci peuvent correspondre à une rupture du kyste suppuré dans le péritoine (obs. III de Bouilly), mais pas nécessairement, ainsi que le montre notre obs. III où, au cours de l'opération, on ne constata aucune rupture du kyste, malgré la gravité des accidents qui clouèrent notre malade six mois au lit.

4e *type.*— Il est caractérisé surtout par l'absence de douleurs et l'*évolution torpide* des lésions. La cachexie rapide est en quelque sorte le seul signe (obs. III de Bouilly). Cette variété paraît de beaucoup la plus rare.

Etiologiquement, ces types semblent correspondre aux variétés d'infection distinguées par Mangold en saprophytes et septiques.

Les types I et IV, à petites crises douloureuses ou à évolution indolore, correspondraient à l'infection par des saprophytes.

Les types II et III à retentissement péritonéal marqué seraient liés à l'infection par un agent pathogène de haute virulence.

En l'absence d'examen bactériologique, nous ne pouvons rien affirmer sur ce point. Mais ce qu'il est possible d'affirmer *cliniquement*, c'est le faible degré de virulence, *au moment de l'opération*, du pus des kystes de nos malades. Dans 3 cas, en effet (les 3 où a été faite l'extirpation du kyste), malgré les précautions prises, une certaine quantité de liquide purulent a coulé dans le ventre. Or, chez ces 3 malades, la température, après l'opération, ne s'est pas élevée à plus de 38°2 à 38°5 le lendemain de l'opération et le 2e jour est retombée à la normale. Jamais il n'y a eu de réaction péritonéale. Il est difficile d'admettre que c'est grâce au Mickulicz *seul* que tout accident a été évité et, tout en lui faisant une large part, il est logique de rapporter à la faible virulence du liquide purulent l'absence aussi complète d'une réaction.

Ces pus faiblement virulents semblent correspondre à l'infection saprophytique soit pure, soit surajoutée à une infection franchement septique. Cette dernière, d'ailleurs, peut en quelque sorte s'éteindre au bout de quelque temps et les germes perdre à peu près complètement leur virulence. Le pus peut même être complètement stérile (Kelly). Or la fétidité du pus (*notée spécialement* dans 3 de nos observations) et la présence des gaz infects (notée dans un cas) semblent en relation directe avec l'infection par les saprophytes. Gottschalk admet que le Bacterium coli commune est capable de produire des gaz fétides dans un kyste fermé. Le point de départ de l'infection saprophytique paraît bien être l'intestin, car, dans les observations où le pus était fétide et renfermait des gaz, on note des adhérences plus ou moins étendues à l'intestin. Ces adhérences sont vraisemblablement la voie de propagation des germes.

Comme l'a signalé Bouilly, dans le cas où il existe de la température, le premier résultat de l'opération est d'abaisser immédiatement et définitivement la courbe thermométrique à la normale. Ce résultat est frappant sur le tracé de l'observation III et surtout de l'observation II. L'évacuation du pus avec ou sans extirpation de la poche agit comme l'ouverture d'un vulgaire phlegmon.

Quant aux *indications opératoires*, c'est une question qui n'est même plus discutée aujourd'hui. Le diagnostic impose l'intervention immédiate par la laparotomie. En effet, l'incision vaginale n'est guère employée (sauf erreur de diagnostic) que dans les kystes suppurés plongeant au-dessous de la tête fœtale pendant l'accouchement.

La laparotomie une fois faite, la conduite à tenir variera bien entendu suivant l'étendue, la solidité et le siège des adhérences. Lorsqu'il existe des adhérences très étendues à la paroi, il semble plus prudent de se borner à l'incision simple, surtout si l'état général de la malade ne permet pas de prolonger l'opération un certain temps. De même, s'il existe des adhérences profondes et solides du côté du petit bassin qu'on ne pourra décoller à ciel ouvert, la marsupialisation de la poche, avec ou sans résection partielle de celle-ci, pourra s'imposer. Enfin les adhérences à l'épiploon et à l'intestin, quelqu'étendues qu'elles soient, si elles ne sont pas suffisamment résistantes pour faire craindre une déchirure de l'intestin pendant le décollement, ne devront pas être considérées comme une contre-indication à l'extirpation totale.

Il semble donc :

Que l'incision simple s'impose, lorsqu'il existe des adhérences très étendues à la paroi avec un état général très mauvais;

Que la marsupialisation convienne aux kystes suppurés à adhérences très résistantes. ou siégeant du côté du petit bassin, lorsque la tumeur plonge profondément ;

Que l'extirpation complète doive être tentée, lorsque l'état général n'étant pas trop mauvais et l'opération pouvant être prolongée un certain temps, il existe des adhérences peu étendues à la paroi, ou des adhérences moyennement solides à l'intestin et à l'épiploon, quelle que soit leur étendue.

Ce n'est évidemment qu'au cours de l'opération qu'on peut régler la conduite d'après l'examen direct des adhérences. En tout cas, toutes les fois qu'elle paraît possible, l'ablation totale doit être tentée. On sera toujours à temps si, après avoir décollé une partie de la poche, on reconnait l'impossibilité de détacher des adhérences en totalité, de réséquer la portion décollée et de marsupialiser le reste. Kelly a même pu abandonner dans le ventre une portion de la poche trop adhérente et cela sans inconvénient.

Le pronostic opératoire de l'ablation totale n'est pas aussi grave qu'on pourrait le croire. Si les statistiques anciennes donnent des résultats déplorables (voir les observations rapportées dans le traité de Delbet, donnant près de 50 % de mortalité), les faits publiés dans ces dernières années donnent au contraire des résultats bien plus encourageants. En réunis-



sant, en effet, les cas de Bouilly, Fochier, Leroy des Barres, Gottschalk, Kelly, on voit que, sur 14 interventions, il y a eu 3 morts, en y comprenant un cas de Bouilly où la malade, après rupture du kyste suppuré dans le péritoine, fut opérée in extremis et mourut 10 minutes après l'opération. C'est donc 21,5 % de mortalité, environ 1 sur 5.

Le professeur Fochier attache une importance considérable au *drainage abdominal consécutif*. Chez 3 de ses opérées, où l'extirpation totale fut pratiquée, il fit le drainage à la Mickulicz, un drainage large, s'étalant dans tout le petit bassin et débordant latéralement sur les fosses iliaques. Les suites opératoires n'ont présenté aucun incident. Le drainage à la Mickulicz est une mesure de prudence qu'on ne saurait trop recommander. Il est cependant des cas heureux où, après lavage du péritoine, on a pu suturer la paroi sans drainage (2 cas de Kelly), sans qu'il en résulte d'accidents ; mais il en est d'autres (Obs. V. de Bouilly), où le drainage n'a pas été fait et qui ont été suivis de mort. On ne saurait donc trop insister sur la nécessité d'un drainage étendu du petit bassin, qui peut seul donner la plus grande sécurité possible quant aux accidents péritonéaux consécutifs et n'allonge que de quelques jours la durée des suites opératoires. Il s'impose d'une façon absolue toutes les fois qu'une partie du contenu kystique a coulé dans l'abdomen. On peut admirer l'audacieuse conduite de Kelly, qui deux fois referma le ventre après un simple lavage du péritoine, et cela sans accidents consécutifs, mais il ne serait pas toujours prudent de l'imiter.

CONGRÈS DE GYNÉCOLOGIE DE MARSEILLE

De l'entérocèle vaginale postérieure,

Par Albert Martin (de Rouen).

M. Albert Martin rapporte l'observation d'une Femme dont l'histoire vient confirmer l'opinion des gynécologues qui ont montré les dangers de la hernie vaginale. Les accidents auxquels l'entérocèle vaginale expose sont surtout le fait d'une erreur de diagnostic. Il est, en effet, des cas où ce diagnostic a été impossible. M. Martin en signale quelques exemples et en apporte une nouvelle observation personnelle.

Au cours d'une périnéorraphie pratiquée pour prolapsus vaginal, il a rencontré et blessé l'intestin grêle. Cet intestin avait refoulé le cul-de-sac de Douglas et était descendu très bas dans l'épaisseur de la cloison recto-vaginale. Il était adhérent au fond du cul de-sac péritonéal, par suite de péritonite antérieure localisée, si bien que l'intestin fut blessé sans qu'il y eût ouverture de la cavité péritonéale. M. Martin sutura la plaie intestinale et acheva son opération suivant son procédé habituel. La malade guérit.

Après quelques remarques sur l'origine congénitale possible de l'entérocèle vaginale qu'il rapporte, M. Martin signale le danger de blessure de l'intestin grêle ainsi hernié, au cours de l'hystérectomie vaginale ou de la simple colpotomie postérieure. Il ajoute que chez certaines Femmes présentant un prolapsus assez marqué il faudra se méfier de l'accident dont il vient d'être question, alors même qu'on ne pratiquerait qu'une simple périnéorraphie.

Discussion :

Mangin (de Marseille). J'ai observé il y a quelques années un cas d'entérocèle vaginale chez une malade atteinte d'annexite double suppurée. Le médecin traitant m'avait appelé pour opérer cette dame et avait tout préparé pour une colpotomie qu'il pensait devoir être faite séance tenante. Le toucher me fit reconnaître chez cette malade dans le cul-de-sac postérieur une tumeur trop molle pour être une collection liquide et je conclus à la présence de l'intestin fixé par des adhérences la colpotomie me parut contre-indiquée et je proposai d'intervenir par la laparotomie. L'opération fut refusée. Mon diagnostic fut confirmé à quelques jours de là. J'appris en effet que cette dame avait été opérée par un autre chirurgien qui fit la colpotomie ; l'intestin fut largement ouvert et ne put être suturé, une fistule s'ensuivit et entraîna la mort de la malade au bout de quelque temps. Ce fait montre, comme celui de M. Martin, que l'idée d'une entérocèle vaginale doit toujours être présente à l'esprit du médecin lorsqu'il s'agit d'opérer des annexites par la voie vaginale.

Vaginisme. Guérison.

Par M. Platon (de Marseille).

Parmi les trois types de vaginisme décrits par Pozzi, le plus fréquent est celui où se rencontre de l'hyperesthésie avec contracture.

C'est un cas de ce genre qui fait le sujet de cette observation ; Mlle B..., âgée de trente-neuf ans, entra dans le service de M. le professeur Villeneuve, souffrant depuis 1889 de crises à forme hystérique, accompagnées de violentes douleurs utérines ; inutile de dire que cette Femme est très nerveuse et très impressionnable. Seule, la morphine arrive à calmer ces crises et à en prévenir le retour fréquent ; de nombreuses médications ont été suivies sans résultat : hydrothérapie, électricité, bromures, cocaïne.

Le toucher vaginal occasionne une crise, et il est difficile de pratiquer un examen, que seule la chloroformisation peut rendre possible ; elle est pratiquée le 3 février, afin de tenter une dilatation forcée. Vulve de vierge, hymen perforé à la partie supérieure, permettant l'introduction du doigt : antéversion. Section de l'hymen, dilatations répétées et forcées au moyen de larges valves, lavage ; pansement.

Les crises reparaissent moins fortes. Nouvelle intervention huit jours après ; cette Femme sort guérie.

Pessaire brisé,

Par le Professeur Laroyenne (de Lyon).

C'est un pessaire en gimblette. Son anneau d'ébonite rigide plus ou moins volumineux est sectionné aux deux extrémités de son diamètre. Les deux demi-circonférences obtenues par cette section (1) sont réunies l'une à l'autre de chaque côté par un tissu de caoutchouc qui fait charnière et permet de plier l'anneau en deux, facilitant ainsi son introduction et son extraction. Le caoutchouc de raccordement doit être suffisamment épais et fort pour permettre à l'anneau une fois plié et mis en place de reprendre sa forme primitive.

L'ancien pessaire en gimblette n'est pas toujours d'un emploi facile. Il serait souvent souhaitable pour parer à un prolapsus considérable d'introduire dans la cavité vaginale un anneau d'un certain volume ; mais si la vulve est un peu étroite, cet anneau rigide ne peut pas pénétrer. L'extraction est encore une source plus fréquente de difficultés. Il arrive en effet — et cela principalement chez les malades portant depuis longtemps un pessaire sans l'avoir jamais enlevé — qu'on ne peut le retirer sans déterminer de violentes douleurs et des déchirures de la vulve. En effet, l'orifice vulvaire a subi une sorte de rétrécissement et principalement au niveau de sa commissure postérieure est devenu plus ou moins scléreux, parce que l'anneau placé dans le vagin l'a bien maintenu, trop bien maintenu si l'on peut dire, et que les parois de ce conduit ne venant plus presser et entr'ouvrir l'orifice vulvaire, celui-ci a perdu de son élasticité.

Frappé de ces inconvénients, j'ai fait fabriquer (2), après plusieurs essais, ce pessaire brisé destiné, dans certains cas de prolapsus utérin, à remplacer l'ancienne gimblette. On pourra, si l'emploi d'un anneau volumineux est indiqué, introduire un pessaire brisé de dimensions suffisantes, alors que l'introduction d'un pessaire rigide du même diamètre eût été impossible. Le pessaire que nous présentons ne fait pas double emploi avec celui de Dumontpallier. Ce dernier ne présente pas la même résistance et son tissu de caoutchouc est souvent mal supporté par la cavité vaginale qu'il irrite, alors que dans notre pessaire ce tissu représente une surface d'une étendue insignifiante.

Le pessaire brisé une fois mis en place prend ordinairement une position telle que les deux charnières en caoutchouc se trouvent situées transversalement, les deux arcs rigides occupant l'un le cul-de-sac antérieur, l'autre le cul-de-sac postérieur. C'est, du reste, la position que nous lui donnons en le plaçant. Cette forme de pessaire légèrement en berceau qu'il prend à certains moments dans le vagin nous paraît favorable. La résistance de l'anneau est bien suffisante et sa flexibilité légère le rend plus supportable et plus stable, il ne tend pas à être repoussé vers l'extérieur, il se plie, mais il ne sort pas.

J'ai fait construire des pessaires analogues à celui-ci d'un volume moindre, d'autres d'une forme différente. Ainsi le pessaire de Hodge brisé suivant son grand axe rend des services en permettant à quelques malades de l'introduire facilement elles-mêmes.

---

(1) Il n'y a pas seulement section de l'anneau, mais excision de deux petits segments de circonférence de dimensions égales aux charnières en caoutchouc qui les remplacent.

(2) Russenburger, Genève.

De la valeur des injections de spermine de Cobaye chez les cancéreuses,

Par le Dr PLATON (de Marseille).

L'opothérapie a pris une extension considérable. Dès le début de la méthode séquardienne, M. le Professeur Villeneuve a employé les extraits de suc testiculaire. Cette notice indique l'essai tenté à l'Hôtel-Dieu de Marseille, d'injections de spermine de Cobaye chez quelques cancéreuses.

Dans toutes les observations on relève à la suite de ces injections sous-cutanées l'augmentation plus ou moins considérable des forces et un réveil appréciable de l'appétit : cette action reconstituante rappelle les injections d'extrait d'ovaire contre la chloro-anémie préconisées par M. Spillmann. Ces extraits d'ovaire n'auraient-ils pas une action plus énergique sur les cancéreuses utérines ?

Cancer secondaire de l'ombilic,

Par MM. DEMONT et VERDELET.

MM. Demont et Verdelet présentent un travail sur le cancer secondaire de l'ombilic consécutif aux affections malignes utéro-ovariennes. Ce travail, basé sur trois nouvelles observations, fait suite à une communication sur ce sujet faite au Congrès de Bordeaux par M. Demont. Les points intéressants de ce travail sont la constatation de la nature histologique de la tumeur (elle reproduit en effet, ce qu'on avait encore constaté, le type des tumeurs malignes de l'ovaire), et le diagnostic différentiel avec les hernies graisseuses de l'ombilic qui peuvent se montrer comme dans un cas cité par les auteurs et où il s'agissait d'une Femme anémiée par un fibrome.

Enfin, les auteurs terminent par l'importance pronostique de ce symptôme quand il se trouve la première manifestation d'un cancer utéro-ovarien.

Du massage gynécologique,

Par le Dr PLATON (de Marseille).

La méthode de Thure Brandt peut rendre de grands services dans les affections génitales de la Femme : surtout dans les congestions hémorragipares, les troubles menstruels, les infiltrations du tissu conjonctif abdomino-pelvien, les déviations utérines et les prolapsus.

Le massage gynécologique est une manipulation viscérale rétablissant la circulation abdomino-pelvienne et comprend dans son ensemble la friction circulaire — la vibration — l'effleurage – l'étirement — la pression — l'élévation — la malaxation qui se succèdent, se combinent, mais ne sont pas toujours nécessairement employées.

Nos observations se rapportent à des infiltrations du tissu conjonctif pelvien et à des déviations utérines. Les résultats obtenus sont excellents. Dans le premier cas c'est la malaxation, la friction circulaire et l'effleurage qui doivent être employés concurremment avec la gymnastique décongestionnante — abduction des cuisses et mouvements respiratoires.

Dans le cas d'antédéviations utérines, après avoir traité l'infiltration cellulaire, on redressera la matrice en lui conservant une légère antéflexion physiologique.

Il est superflu de s'étendre sur les avantages de cette méthode : comme le professeur Pinard le fait remarquer, c'est un moyen d'investigation et de diagnostic ; le massage améliore rapidement l'état général grâce à un réflexe dynamogénique bien décrit par Stapfer ; il décongestionne les viscères et supprime les douleurs.

De l'eau chaude en gynécologie,

Par M. le Dr PLATON (de Marseille).

Il est peu d'organes qui, comme les organes génitaux de la Femme, à la suite d'applications raisonnées d'eau chaude soient susceptibles de modifications heureuses : les résultats sont surtout frappants dans les cas d'inflammation où l'élément congestion joue un si grand rôle. Emmet, Courty, Martin de Berlin, Reclus, l'ont préconisée dans les inflammations utérines et péri-utérines.

Nos observations démontrent qu'elle peut triompher des irrégularités menstruelles et de la métrite chronique, M. Reclus a eu l'honneur de tracer la technique de la méthode : lavements et injections d'eau bouillie refroidie à 50° ; il faut y joindre des pansements vaginaux à la glycérine iodée ou ichtyolée.

Hystérectomie vaginale. Procédé de Tuffier.

Par M. DELANGLADE (de Marseille).

J'ai fait avec succès six hystérectomies par le procédé de Tuffier : quatre pour fibromes, une pour suppuration, une pour annexite bilatérale ancienne non suppurée. Une seule fois j'ai fait (et pour un seul ligament large) l'angiotripsie secondaire, c'est-à-dire que je n'ai appliqué l'instrument qu'après forcipressure et section. Dans tous les autres cas, j'ai fait l'angiotripsie primitive. Jamais je n'ai laissé sur le pédicule de pince grêle ou de ligature quelconque. Après l'opération ainsi conduite, il n'y a aucune douleur, aucune hémorragie ni aucune fièvre. Le premier pansement à la gaze stérilisée reste en place six à dix jours et n'est pas remplacé. La malade se lève au quinzième jour. Bref, l'intervention n'est pas compliquée, les suites sont très simplifiées, la bénignité augmente. Aussi, depuis que Doyen a donné de l'hystérectomie vaginale une technique parfaite, l'hémostase par le procédé de Tuffier me paraît-elle le plus grand progrès réalisé par cette belle opération.

M. BELIN (de Paris). Je n'ai pas eu beaucoup à me louer de l'angiotripsie. Dernièrement encore, dans une pylorectomie, essayant d'angiotriber le grand épiploon avec l'angiotribe de Doyen, j'ai vu mon épiploon se couper le long de la pince. Aussi, dans les hystérectomies vaginales, je préfère de beaucoup le nouveau procédé de Jacobs (de Bruxelles).

M. DELANGLADE (de Marseille). Dans mes hystérectomies, j'ai toujours employé l'angiotribe Tuffier.

De l'emploi du miroir frontal en gynécologie,

Par M. P. LOUGE.

L'emploi du miroir frontal n'est pas seulement utile au laryngologiste ; il rend aussi de réels services au praticien dans l'examen, les pansements et certaines opérations gynécologiques, lorsque les conditions d'éclairage sont défectueuses.

Le photophore de Clar donne, dans ces cas, d'excellents résultats, mais un simple miroir frontal éclairé par une lampe placée à côté de la patiente est généralement suffisant pour l'examen et les pansements vaginaux.

Le miroir frontal est peu encombrant, facile à transporter, laisse libres les mains du chirurgien, ne gêne pas l'antisepsie, et doit faire partie de l'arsenal gynécologique. Son emploi mérite d'être vulgarisé, car il est généralement passé sous silence dans les traités de gynécologie.

Opération de Defontaine (hystérectomie sphinctérienne),

Par M. René BELIN (de Paris).

Depuis la publication de la technique de M. Defontaine, j'ai pratiqué onze fois cette intervention, relativement facile, et donnant des résultats excellents. L'opération de Defontaine convient particulièrement à tous les rétrécissements cervicaux ; son but étant de rétablir la perméabilité du canal cervical, elle est toute indiquée dans les métrites aiguës blennorragiques pour prévenir l'infection des trompes, toujours à redouter. Il résulte des observations de Defontaine comme des miennes, que toujours cette intervention a été suivie de cessation des pertes (en cas d'hémorragies), d'amélioration ou de cessation des douleurs utérines et lombaires, et des coliques utérines.

Hématocèles rétro-utérines,

Par M. le Pr VILLENEUVE (de Marseille).

M. le Pr VILLENEUVE (de Marseille) lit un important mémoire sur le traitement des hématocèles rétro-utérines. Il apporte les résultats de 30 années de pratique basés sur plusieurs centaines d'observations. Pendant la période préantiseptique, il a soigné de nombreux cas d'hématocèles et a obtenu d'excellents résultats de l'expectation, aussi est-il toujours resté partisan d'une sage réserve dans l'application des divers procédés opératoires appliqués à l'hématocèle. L'expectation armée lui semble presque toujours indiquée et les occasions d'intervenir chirurgicalement sont à son avis fort rares.

REVUE BELGE

Walton (Bruxelles). — UN CAS DE CYSTITE CALCULEUSE D'ORIGINE OPÉRATOIRE, CHEZ UNE FEMME. (*Bulletin de la Soc. Belge de Gync.*, t. IX, n° 4.)

Les calculs chez la Femme sont relativement rares. La proportion entre les deux sexes est de cinq à cent ; c'est-à-dire qu'on ne rencontre la pierre que chez cinq Femmes alors qu'on la trouve chez cent Hommes. La largeur plus grande de l'urèthre chez la Femme, son peu de longueur, sa plus grande dilatabilité expliquent,



sous un certain rapport, sa rareté, car l'évacuation des calculs est chez elle bien plus facile.

Les principales conditions locales qui facilitent, chez l'un et l'autre sexe, la formation des calculs sont la cystite et la présence de corps étrangers qui forment les noyaux des futures concrétions.

Dans la cystite, c'est, d'après Scherer, l'altération, la fermentation de l'urine qui constituent la cause première de la précipitation des sels.

« Cette modification dans la composition du produit de la sécrétion rénale survient sous l'influence de deux sortes de ferments : l'un agit en décomposant les urates et en mettant en liberté l'acide urique ; l'autre décompose l'urée en carbonate d'ammoniaque, sel très peu soluble. » D'après W. Ord, « sous l'influence de différentes substances colloïdes (mucus, matières colorantes), ou de l'albumine, du sucre, du sang, du pus, les substances tenues en dissolution s'agglomèrent, s'unissent pour former des calculs. »

Les corps étrangers agissent comme centre d'attraction, centre de cristallisation. C'est ainsi qu'on observe la formation tardive de calculs ou concrétions calcaires dans la vessie, au niveau des fils d'argent ou de soie qui y étaient tombés en coupant les tissus à la suite de la suture des fistules. Il ne faut pas perdre de vue que la presque totalité des femmes atteintes de fistule ont une urine altérée par l'inflammation symptomatique de la vessie, qui s'est propagée aux bassinets et même à la substance rénale. Dans ces conditions, la formation des calculs est très favorisée.

En voici un exemple :

L'histoire de ce cas se trouve, en partie, relatée dans le *Journal médical*, de Bruxelles (1896, n° 48, p. 569), en ces termes :

« Zoé V... est âgée de 22 ans 1/2 et exerce la profession de servante. Elle entre à l'hôpital pour salpingite purulente double et y subit, le 6 août 1885, l'hystérectomie vaginale. Deux pinces ayant successivement dérapé du côté gauche, on dut en mettre une troisième, et cet incident fit que l'ovaire gauche fut laissé en place, tandis que les annexes du côté droit étaient enlevées en totalité.

« Les suites opératoires étaient normales, quand, dans la nuit du 14 au 15 août, c'est-à-dire huit jours après l'opération, la malade commença à perdre de l'urine par le vagin. Un examen attentif fit voir que cette urine provenait du côté gauche de la cicatrice vaginale.

« Le 4 septembre, la malade commença à présenter des troubles digestifs : le lendemain, il y avait des vomissements et une fièvre intense. Dans un examen pratiqué le 6, M. Rouffart parvint à introduire, dans le bout supérieur de l'uretère, une sonde de Pawlik, et il s'écoula par cette sonde quelques gouttes d'urine, que M. le docteur Péchère voulut bien analyser et où il trouva des globules rouges et quelques rares globules blancs.

« En présence de l'état grave de la malade, l'abouchement de l'uretère dans la vessie fut décidé pour le lendemain.

« Après avoir aseptisé soigneusement le vagin et la paroi abdominale, on pratiqua la laparotomie. L'ovaire gauche, laissé lors de l'hystérectomie, fut d'abord enlevé, puis l'uretère, qui était un peu augmenté de volume, fut détaché de la cicatrice vaginale. La vessie fut incisée sur le bec de la sonde de Rouffart, sonde munie d'ailerons destinés à maintenir l'uretère après son introduction dans la vessie. La suture fut faite en points séparés en fil de soie, répartis sur tout le pourtour. Après cette première couronne de sutures, on constitua, pour la consolider, un véritable manchon en suturant le péritoine vésical à la partie inférieure de l'uretère.

« Après avoir procédé à la toilette du péritoine, on fit un tamponnement à la gaze iodoformée autour de la suture uretéro-vésicale, en faisant sortir le bout de la bande au niveau de l'angle inférieur de la plaie abdominale, qui fut suturée comme de coutume, et l'on mit une sonde à demeure dans la vessie.

« Le lendemain, l'état général de la malade s'était sensiblement amélioré ; on enleva la bande pour la remplacer par deux drains en canons de fusil. Le soir, la température était remontée, et le lendemain on constatait une cystite aiguë. La sonde à demeure fut enlevée et l'on pratiqua une large irrigation boriquée dans la vessie. Au pansement abdominal, on constata que très peu de liquide s'était écoulé par les drains, et ce liquide n'offrait aucun des caractères de l'urine.

« Les lavages vésicaux furent continués journellement et la température ne tarda pas à tomber. Le 12 septembre, la malade urinait sans le secours de la sonde, et le 14 les drains furent enlevés. Dès lors, l'état de la malade devint excellent ; dans ces derniers temps nous l'avons revue dans le service de M. le professeur Stiénon : elle s'y trouve en traitement pour une paralysie hystérique, et depuis treize mois elle n'a plus présenté aucun trouble du côté des organes urinaires. »

Qu'il nous soit permis, en passant, de féliciter M. le docteur Rouffart de la belle opération de restauration conservatrice qu'il a si habilement menée. Mais, en disant que « depuis treize mois son opérée n'a plus présenté aucun trouble du côté des organes urinaires », M. le docteur Martin, l'auteur de la communication que nous venons de citer, a été induit en erreur, ou a été mal renseigné, car, précisément pendant qu'elle était dans le service de M. le professeur Stiénon, elle était en puissance de cystite qui durait déjà depuis longtemps, mais qui, malheureusement pour elle, fut constamment méconnue.

En effet, sortie une première fois de l'hôpital dans les premiers jours d'octobre 1895, elle alla se refaire à la campagne où elle resta pendant près de quatre mois. Au début, elle se porta bien ; mais bientôt, peu à peu se manifestèrent des symptômes de cystite avec dysurie, besoin fréquent d'uriner, épreintes vésicales, urines troubles, etc., etc. Malgré cet état, poussée par le besoin, elle retourna en ville, à son ancien service, où elle resta pendant plusieurs mois, souffrant toujours davantage. Les urines devinrent de plus en plus troubles, purulentes, sanguinolentes, hémorragiques même, mêlées à des sables, des graviers et même un jour elle expulsa la petite pierre que voici, à laquelle on peut voir fixé un bout de fil à ligature.

A ces premières douleurs vésicales s'ajoutèrent bientôt des douleurs névralgiques le long des branches émergeant des plexus lombaire et sacré, tels que le crural, le sciatique, etc. Graduellement, à partir des orteils et remontant vers le tronc, il se produisit de l'anesthésie, de la parésie de la paralysie, qui finalement devint complète dans tout le train inférieur. Dès lors déjà, lorsque l'urine était très chargée, et surtout lorsque le jet s'arrêtait brusquement, ses membres inférieurs se contracturaient sans qu'elle pût elle-même les détendre, il fallait une main étrangère pour replacer les membres dans l'extension. Les besoins d'uriner devinrent de plus en plus impérieux et plus rapprochés, et finalement elle ne put plus retenir ses urines qui s'écoulaient constamment.

C'est dans cet état, c'est-à-dire atteinte de paraplégie et d'anesthésie, ainsi que de cystite intense, qu'elle rentra à l'hôpital, où elle séjourna près de quatre mois. Là, on ne s'occupa que de sa paraplégie et d'une pleurésie intercurrente qui était survenue. Quant à la cystite, malgré ses fréquentes réclamations, on ne s'en préoccupa nullement, pas plus que de son incontinence ; on ne l'examina même pas. On avait posé le diagnostic de *paralysie hystérique*, qui fut vainement traitée par les courants électriques.

Au bout de quatre mois, son état ne s'améliorant guère, convaincue qu'on ne s'occuperait jamais de sa cystite, ni de son incontinence continue, elle se fit transporter à la campagne, où son état ne fit que s'aggraver, malgré les soins de cinq médecins, qui successivement la traitèrent, mais ne tardèrent pas à l'abandonner comme un cas désespéré, sans qu'aucun d'eux songeât à pratiquer un examen local.

Après bien des misères, telles que vastes décubitus, brûlures profondes qu'elle se faisait à son insu, tellement intense était l'état d'anesthésie des membres inférieurs, il se produisit, au bout d'un an et demi de martyre, une amélioration graduelle. Les douleurs vésicales diminuèrent peu à peu, la sensibilité et la motilité reparurent ; mais l'incontinence persistait avec des urines charriant encore du muco-pus, des sables et du gravier.

Cette amélioration coïncidait sans doute avec l'immobilisation, l'enchâtonnement de la pierre qu'elle portait dans la vessie, comme nous le démontrerons tantôt.

C'est alors qu'elle arriva chez moi, marchant péniblement, très lentement, se soutenant mal sur ses membres affaiblis ou plutôt déshabitués à la soutenir. Elle perdait toujours ses urines.

Mon attention fut naturellement de suite attirée vers l'affection vésicale. Un examen local me démontra que la vessie était complètement contracturée et ne retenait presque plus l'urine, qui s'écoulait au fur et à mesure qu'elle arrivait dans le réservoir urinaire. Cette vessie, pelotonnée sur elle même, épaissie, placée derrière le pubis donnait tout à fait l'impression d'un utérus avec un prolongement, une espèce de corne épaissie s'étendant vers la gauche. Du méat urinaire s'écoulait du muco-pus. La compression de la vessie était excessivement douloureuse et rappelait les phénomènes qui avaient précédé et accompagné sa paraplégie.

A la suite d'un lavage de la vessie, elle éprouva un grand soulagement. Cette amélioration m'encouragea à persister. Je lui fis plusieurs lavages par jour, la sonde en verre vint buter contre une pierre qui, enchâtonnée jusqu'alors dans les replis de la muqueuse, n'avait pu être perçue. Le fait de l'ampliation de la vessie par les injections avait, sans doute, suffi pour désenchâtonner le calcul, comme vous le démontrera l'examen de la pierre.

Je me décidai à l'en débarrasser au plus vite.

En dehors de la taille et de la lithotritie, divers autres modes d'extraction se présentent au choix du chirurgien.

Il y a d'abord la dilatation de l'urèthre qui, d'après Simon et Spiegelberg, peut être poussée jusqu'à 25 et même 30 millimètres. On peut employer la dilatation lente et la dilatation rapide.

La *dilatation lente*, qui consiste à employer la laminaria ou le tupelo, est un procédé douloureux, gênant et dangereux à cause de la difficulté de la pratiquer antiseptiquement.

La *dilatation rapide* se pratique de deux façons. Reliquet débride le méat par trois petites incisions, conduit ensuite dans la vessie un dilatateur à trois branches, tels que celui de Sims ou celui de Dolbeau, puis il procède à l'écartement graduel des branches de l'instrument. La dilatation achevée, il introduit le doigt pour gui-

der la pince, saisit le calcul et l'attire dehors. Simon, de Heidelberg, introduit dans l'urèthre une série de spéculums en vulcanite.

C'est à ce dernier procédé que je donnai la préférence. Je parvins facilement à saisir la pierre, mais quand il se fut agi de l'extraire, je constatai que son volume était beaucoup trop considérable pour l'enlever sans commettre des délabrements considérables.

Restait la ressource de la lithotritie et de la taille. La *lithotritie* passe pour être une opération facile chez la Femme. Cependant, chez elle, la spaciosité de la vessie, sans bas-fond, aux parties mal soutenues, crée à la lithotritie des difficultés anatomiques qui annulent les avantages de la brièveté de l'urèthre et de sa dilatabilité. « Chez la Femme », dit Guyon, « il n'y a pas de points de repère bien définis : la vessie ressemble à un sac, et plus on injecte d'eau et plus cette disposition s'acccentue ; il n'y a pas, comme chez l'Homme, un champ opératoire limité par l'hypertrophie de la prostate, qui crée une petite loge où l'on peut toujours retrouver le calcul. Le champ opératoire n'existant pas, à proprement parler, chez la Femme, il faut le créer ; on arrive à ce résultat : 1° en injectant peu de liquide : 2° en appuyant le talon de l'instrument sur le fond de la vessie : il se crée alors un point déclive dans lequel vient se loger la pierre. »

Mais, ici, la pierre me paraissait non seulement volumineuse, mais extrêmement dure ; j'avais, en outre, affaire à une vessie incapable de retenir même une minime quantité d'eau, enflammée et douloureuse. Dans ces conditions, la taille vésicale me parut être l'intervention de choix.

Il existe trois procédés de taille employés chez la Femme : la taille uréthrale, la taille vésico-vaginale et la taille hypogastrique.

La taille *hypogastrique* est plus difficile à exécuter que chez l'Homme ; elle est pénible à cause de la difficulté qu'il y a à faire garder, à la vessie de la Femme, assez de liquide pour la faire bomber au-dessus du pubis, même en comprimant le trajet uréthral. Dans mon cas, la vessie ne tolérait même pas une quantité minime d'eau. De même, l'inflammation intense de la vessie m'empêchait de me servir d'un conducteur introduit dans le réservoir urinaire pour le faire saillir au-dessus du pubis. Quant au ballon vaginal, il n'a pas un effet de propulsion pareil au ballon rectal.

La *taille uréthrale* est très simple ; elle consiste à inciser toute la longueur du canal uréthral et le col de la vessie. Elle se pratique à l'aide du lithotome à lame cachée, ou tout simplement à l'aide d'un bistouri guidé sur la sonde cannelée. Mais la taille uréthrale entraîne souvent des lésions du vagin et l'incontinence d'urine. D'ailleurs, la pierre étant assez volumineuse, j'aurais certainement dû prolonger l'incision plus loin vers le fond de la vessie.

C'est pour tous ces motifs que je choisis la taille vésico-vaginale.

La *cystotomie vaginale* est une opération simple, qui ne se compliquera pas d'incontinence d'urine si on n'entame pas le col, qui guérira sans fistule, si on suture convenablement et qui donne passage à une pierre même volumineuse.

Pour pratiquer la taille vésico-vaginale (toutes les précautions antiseptiques étant prises et la vessie dûment lavée), on place la Femme dans la position de la taille, on abaisse le périnée à l'aide d'une valve de Sims, on introduit dans la vessie une sonde cannelée courbée pour faire bomber la paroi vésicale. A 30 ou 35 millimètres du méat, on fixe une pince érigne qui tend la paroi vaginale antérieure. Se guidant sur l'index gauche dont l'ongle reconnait la cannelure de la sonde, on incise hardiment la cloison vagino-vésicale, à partir de l'insertion de l'érigne. On poursuit, en arrière, le débridement en pleine épaisseur de cloison, au bistouri ou aux ciseaux. La section de la muqueuse vésicale saigne abondamment. On introduit le doigt dans la brèche, on reconnait la pierre ; si elle est adhérente, on dégage ses points adhérents ; on la bascule afin qu'elle présente son bout le moins large, on la saisit avec une pince et on l'extrait. On suture à la façon américaine.

C'est par ce procédé que nous avons obtenu la pierre que voici.

Cette pierre a une forme ovalaire et mesure 46 millimètres en longueur, 30 en largeur et 24 en épaisseur. L'une de ses surfaces est plus rugueuse, plus blanche ; l'autre est plus foncée et plus lisse ; entre ces deux surfaces, l'on remarque distinctement une ligne irrégulière qui indique la limite de la partie enchâtonnée. A l'un de ses pôles, un éclat a été enlevé pour en faire l'analyse.

Ce calcul est presque exclusivement composé d'oxalate de chaux, dans la proportion de 85 p. c. Le reste est constitué par des urates, des phosphates et de la cystine.

Comme tous les calculs composés d'oxalate, celui-ci est extraordinairement dur. On sait que les pierres d'oxalate résistent même au lithotriteur le plus puissant.

La surface grenue de cette pierre explique parfaitement les atroces douleurs ressenties par cette malheureuse, de même que l'hématurie et le véritable pissement de sang qu'elle a éprouvé à certains moments. La présence de cette pierre explique l'arrêt brusque du jet urinaire, lorsque le calcul venait buter contre le col de la vessie si extraordinairement sensible par le fait de l'inflammation ; et l'on s'explique parfaitement la violence de l'ébranlement nerveux qui devait s'en suivre, choc nerveux allant jusqu'à l'anesthésie complète du train inférieur et la paraplégie réflexe ou névrolitique.

L'amendement spontané n'a pu se produire que par suite de l'enchâtonnement du calcul : enchâtonnement parfaitement inscrit sur cette pierre. L'enchâtonnement, en l'immobilisant et en recouvrant les trois quarts de sa surface, devait préserver les parois vésicales et surtout le col de son contact brutal ; preuve nouvelle de l'intelligence qui préside aux actes de nos viscères et même des simples cellules, à commencer par les leucocytes, ces phagocytes belliqueux.

Inutile d'ajouter qu'aujourd'hui, délivrée de sa pierre et guérie de sa cystite, cette jeune fille se porte parfaitement bien.

Le fonctionnement normal de l'appareil urinaire démontre que l'opération d'uretéro-cysto-néostomie, pratiquée il y a près de trois ans, a non seulement réussi, mais s'est maintenue parfaitement.

Discussion : Dr Van Hasselt. — Comment avez-vous fermé la brèche faite à la cloison vésico-vaginale ?

Dr Walton. — J'ai fait la suture telle qu'on la fait après avivement d'une fistule, c'est-à-dire sans intéresser la muqueuse vésicale.

Dr Jacobs. — L'intéressante communication de M. Walton me remet en mémoire deux cas de ma pratique.

Il y a trois ans je fis à une patiente le morcellement d'un fibrome par la voie vaginale. L'opération se passa régulièrement. L'opérée, complètement rétablie, s'apprêtait à quitter mon institut, lorsque, la veille de son départ, elle s'aperçut d'un écoulement de liquide par le vagin. Je l'examine et je découvre dans la paroi vésico-vaginale un pertuis du diamètre d'une tête d'épingle. Dans le but d'amener l'oblitération de la petite fistule, j'en cautérisai les bords pendant quelques jours, puis l'opérée rentra chez elle. Au bout de deux mois, elle me revint ; le fistulette était dans le même état. J'en entrepris alors la cure par la méthode sanglante. En pratiquant l'avivement, je fus tout surpris de rencontrer au niveau de l'orifice un petit calcul du volume d'un pois. Je fis la suture et au bout de quelques jours la malade rentra chez elle, débarrassée de son infirmité. Je la croyais complètement guérie lorsque, il y a un an, elle me revint, souffrant atrocement de la vessie. J'explorai la vessie au cathéter et y découvris un calcul. Mon diagnostic fut confirmé au cystoscope par M. le Dr D'Haenens, qui se chargea de la litothritie et amena ainsi une guérison complète.

Le second cas a trait à l'expulsion d'un corps étranger par les voies urinaires. Il y a six ans, je fis l'ablation par la voie abdominale d'un fibrome volumineux à une religieuse de mon institut et, comme le faisaient beaucoup d'opérateurs à cette époque, j'abandonnai la ligature élastique dans le ventre. L'opération et ses suites furent des meilleures. Mais, il y a un an, l'opérée fut prise de symptômes de cystite violents. Je les combattis par des instillations et des lavages, mais sans succès, lorsqu'un jour le lien de caoutchouc fut expulsé par l'urèthre. Malgré l'expulsion de ce corps irritant, la guérison ne se fit pas. La malade fut alors examinée au cystoscope par M. le Dr D'Haenens, qui constata à la surface de la muqueuse l'existence d'un bourgeon charnu incrusté de sels ; il en fit l'abrasion à la curette et dès lors la guérison fut parfaite.

Dr Keiffer. — La vessie semble être la cavité vers laquelle se dirigent et par où s'éliminent de préférence les corps étrangers abandonnés dans l'abdomen. A ce point de vue, je dispose d'observations analogues à celles rapportées par M. Jacobs. Ainsi, une de mes malades, opérée d'ovariotomie il y a quatre ans, a perdu trois ans plus tard un fil de soie plate par l'urèthre. Une autre, que j'avais opérée de grossesse ectopique, a été prise au bout d'un certain temps de douleurs vésicales, avec émission d'urines troubles. Je l'ai fait examiner au cystoscope par M. le Dr J. Verhoogen, qui découvrit dans le bas-fond vésical une petite plaie par laquelle un fil de soie s'engageait dans la vessie. Le fil fut enlevé et, au bout de trois jours, la cicatrisation fut parfaite.

Dr Walton. — Je me permettrai d'attirer l'attention de mes collègues sur la paraplégie qui a existé dans le cas que j'ai rapporté et dont l'origine avait été méconnue. Ce symptôme est assez rare.

Tout ouvrage dont il sera envoyé deux exemplaires sera annoncé et analysé s'il y a lieu.

R. PICHEVIN, *Directeur-Gérant.*

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE DAIX FRÈRES.
Maison spéciale pour Journaux et Revues.



SOMMAIRE

A PROPOS DE LA RÉTROVERSION UTÉRINE

Par R. PICHEVIN, Chef des travaux gynécologiques à la Clinique chirurgicale de Necker.

—

On n'a certainement pas oublié le rapport que M. Pozzi avait lu au Congrès international d'obstétrique et de gynécologie de Genève, sur la rétro-déviation de l'utérus. Cette question, mise à l'ordre du jour du Congrès, avait suscité quelques remarquables travaux. A côté du rapport de Pozzi, il nous faut citer particulièrement celui de Sänger qui attira l'attention des gynécologistes français et étrangers.

Le travail de M. Pozzi, publié il y a plus d'un an, se faisait remarquer par son originalité. La thèse que soutenait l'honorable chirurgien de Lourcine-Pascal pouvait se résumer en peu de mots : La rétro-déviation n'est pas une entité morbide et mérite d'être rayée du cadre nosologique. Tous les symptômes qui ont été regardés jusqu'ici comme étant sous la dépendance de la déviation en arrière de l'utérus sont produits soit par des lésions annexielles, soit par la métrite concomitante, soit par la *mobilité excessive* de l'utérus. Et comme conclusion de sa thèse, M. Pozzi avançait qu'il y avait lieu de faire porter l'effort du traitement sur les annexes ou sur l'utérus enflammé, mais que s'il fallait combattre parfois la mobilité excessive de l'utérus, il n'y avait pas lieu de tenir compte de la rétrodéviation dans les indications thérapeutiques.

Au Congrès de gynécologie et d'obstétrique de Genève et dans ce journal même (1) j'ai essayé de réfuter les arguments présentés par M. Pozzi avec un art infini.

Je demande la permission de revenir sur cette question intéressante, non pas — comme on le pense bien — pour le simple plaisir de rompre une lance contre un puissant adversaire, mais dans le but de combattre des opinions doctrinales qui ne me semblent pas justes et pour empêcher les médecins d'adopter une pratique contraire, du moins d'après moi, aux intérêts des malades.

Et je ne puis mieux faire aujourd'hui que de m'inspirer d'un article fort judicieux publié par M. Richelot dans les *Annales de gynécologie et d'obstétrique* (2).

M. Richelot, avec la compétence et l'autorité qui s'attachent à sa situation scientifique et à ses travaux, s'inscrit en faux contre la thèse soutenue brillamment par M. Pozzi. Pour le chirurgien de Saint-Louis, la rétro-déviation n'est pas un épiphénomène sans importance, c'est une affection qui a ses racines dans l'organisme, son évolution propre, ses conséquences physiologiques. Il ajoute qu'il faut user contre elle des palliatifs quand ils suffisent, en préférant toutefois aux moyens mécaniques ceux qui modifient heureusement la nutrition des tissus malades. Contrairement à l'opinion de M. Pozzi, M. Richelot affirme qu'il ne faut pas rejeter sommairement, comme inutile et dangereux, le traitement opératoire, mais l'étudier au contraire pour condamner les procédés imparfaits et leur substituer une meilleure technique.

J'approuve les idées de M. Richelot et il me semble, du reste, avoir plaidé, ici même, dans le même sens que lui, il y a quelques mois.

(1) *La Semaine médicale*, 1897, p. 281.

(2) *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, 1898, p. 325.

M. Richelot montre bien que la *mobilité excessi*[illegible]*térus* contre laquelle il faut lutter, d'après M. Pozzi, n'[illegible] fait la même chose que la rétroversion. Il a vu, d[illegible] utérus déviés, petits et très mobiles, ne produire au[illegible] leur, et bien des Femmes souffrir horriblement d'utérus co[illegible]tionnés, pesants dans le petit bassin, et d'une mobilité restreinte. Le fait est indiscutable.

Mais que M. Richelot me pardonne si je me permets de lui soumettre quelques objections qui me sont venues à l'esprit après avoir lu attentivement son travail récemment publié dans les *Annales de gynécologie*.

Il fait de main de maître la description de la rétrodéviation des arthritiques.

Dans quelques lignes se trouve le tableau bien esquissé d'une variété de déviation qui se rencontre chez les Femmes atteintes de neuro-arthritisme. Il me semble, en lisant cette courte description, entendre encore la chaude parole de mon vénéré maître Verneuil qui aimait à se complaire dans les conceptions de pathologie générale et à introduire dans le domaine de la chirurgie de saines notions médicales. M. Richelot, qui, je crois, a été son élève, tient avec raison à faire prévaloir quelques-unes des idées générales léguées par Verneuil à la brillante pléiade de ses disciples.

Martineau, si je ne me trompe, a écrit sur les métrites diathésiques des pages intéressantes et qui plaident en faveur de l'opinion que professe M. Richelot. Pour ce dernier auteur, la rétrodéviation existe sans métrite, ni salpingite, ni adhérences pelviennes, mais non sans quelques troubles surajoutés à l'altération des ligaments. L'utérus est habituellement congestionné. L'utérus des arthritiques se congestionne au même titre que divers organes. M. Richelot expose comment la rétroversion, la congestion utérine et la névralgie forment une association naturelle en dehors de toute inoculation septique. Il soutient que les gros utérus déviés des arthritiques nerveuses sont des utérus diathésiques et non des utérus infectés.

J'adopte, avec réserve cette manière de voir. Mais je me demande si M. Richelot n'a pas trop exagéré la fréquence de cette déviation en arrière chez les arthritiques et si quelques-uns de ces utérus rétro-déviés considérés par lui comme des utérus diathésiques, ne sont pas des matrices atteintes anciennement d'inflammation et qui ne conservent comme vestiges de l'infection antérieure, que des lésions anatomiques plus ou moins profondes au niveau du col en particulier. Sans doute, ce n'est qu'une simple hypothèse, puisque les malades de M. Richelot n'ont pas été soumises à mon examen ; mais je pense que les utérus rétro-déviés, gros et douloureux, même chez les neuro-arthritiques, sont souvent des utérus qui ont subi à une date plus ou moins éloignée l'influence des Microbes pathogènes. L'arthritisme imprime à la lésion sa marque particulière, mais ne la cause pas exclusivement. Il y a donc, à mon sens, une exagération de la part de M. Richelot quand il met en vive lumière la fréquence relative de la variété de la rétrodéviation qui nous occupe maintenant.

Dans l'article des *Annales de gynécologie*, il est une autre partie intéressante : c'est celle qui a trait à la thérapeutique. La part qui revient au massage dans le traitement de la rétrodéviation est judicieusement indiquée. Le bien qu'on peut tirer de cette méthode de traitement n'est pas aussi grand que des spécialistes voudraient le faire croire. Il est bien certain que l'on peut obtenir des guérisons par le massage ; mais ce traitement est long, pénible, aléatoire dans certains cas, certainement inefficace dans d'autres et parfois dangereux.

Il me tarde de parler du traitement opératoire préconisé par M. Richelot.

Ce chirurgien plaide en faveur de la colpo-hystéropexie si vivement attaquée depuis deux ou trois ans.

Je suis heureux de l'appui que vient nous apporter M. Richelot pour défendre la vagino-fixation contre les reproches exagérés qui ont été faits à cette opération que mon maître, M. le Pr Le Dentu et moi, nous avons pratiquée les premiers en France.

Quand j'entrepris les expériences qui m'ont permis de pratiquer mes premières interventions, j'étais dominé par la pensée qu'il fallait assurer une solidité à toute épreuve à l'adhérence vagino-utérine. On n'a pas oublié les reproches qui, en France, avaient accueilli toutes les tentatives de fixation de



l'utérus au vagin. On disait que jamais la matrice ne resterait en antédéviation, si l'on se contentait de produire des adhérences entre la paroi vaginale et la face antérieure de l'utérus. On répétait à satiété le mot de Trélat qui, d'avance et pour toujours, condamnait à l'insuccès, avec la verve que l'on sait, tous les essais de fixation vagino-utérine.

Nous avons donc eu en vue d'éviter ce reproche et d'assurer la solidité des adhérences de l'utérus à la paroi vaginale. Les résultats que nous avons obtenus et qui sont déjà anciens nous ont démontré péremptoirement que l'hystéropexie vaginale maintient l'utérus en bonne position.

Mais l'opération telle que nous l'avons pratiquée dans certains cas, alors que nous avions le souci de créer une longue surface d'adhérences entre le vagin et l'utérus, cette opération, dis-je, a été, dans deux cas, cause réelle de dystocie. L'utérus ainsi fixé en antedéviation — contrairement à ce que pensait Trélat — tient trop dans la nouvelle situation qui lui est imposée. Aussi depuis longtemps avons-nous pensé qu'il ne fallait pas remonter aussi haut sur la face antérieure de l'utérus, et nous avons, en fait, limité la surface d'adhésion du vagin à la portion de l'utérus située au-dessous des insertions tubaires. M. Richelot insiste, avec raison, sur la nécessité de laisser le fond de l'utérus complètement libre et se montre nettement partisan de la colpo-hystéropexie antérieure, qui permet d'explorer les annexes, d'extraire au besoin les ovaires et les trompes, de pratiquer l'ignipuncture, etc.

Il y a lieu de remarquer que le chirurgien de Saint-Louis a 7 fois sur 9, pratiqué le curage utérin et l'amputation du col chez des Femmes atteintes de rétro-déviation. C'est la preuve qu'il reconnait l'impérieux besoin de traiter les différents facteurs qui entrent en jeu pour produire le complexus symptomatique que l'on rencontre dans la rétro-déviation. Il est certain que les fixations de l'utérus au vagin risquent d'échouer misérablement, si l'on néglige d'attaquer l'endométrium et, surtout, de restaurer le col. Sept fois sur neuf, ai-je dit, M. Richelot a amputé le col suivant le procédé de Schrœder ou celui de Bouilly : nouvelle démonstration qu'il faut le plus souvent agir sur la partie inférieure de l'utérus pour faire disparaître les lésions, que celles-ci soient les restes d'une vieille infection ou le résultat d'un état purement diathésique, ce qui est beaucoup plus rare.

En somme, l'article que je vise contribuera à attirer l'attention sur la colpo-hystéropexie antérieure qui peut rendre de réels services à une certaine catégorie de malades. L'ostracisme dont M. Pozzi a frappé toutes les opérations dirigées contre la rétro-déviation n'a pas été ratifié par la grande masse des gynécologistes. Le jugement sévère du chirurgien de Lourcine n'était pas sans appel. Nous devons néanmoins le remercier d'avoir par son opinion pessimiste suscité des travaux sur la rétro-déviation et d'avoir incité M. Richelot à expérimenter à son tour une méthode de traitement qui semble lui avoir donné des résultats satisfaisants.

TECHNIQUE GÉNÉRALE DE L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE TOTALE

Par le Dr Longuet (1), ancien interne des hôpitaux.

(*Progrès médical*, 8 octobre 1896.)

I. — Soins préliminaires.

Si l'on met de côté les perfectionnements de l'instrumentation, on peut dire que c'est, en partie, grâce à l'antisepsie que l'hystérectomie vaginale, ressuscitée par Czerny, Billroth, Demons, Péan, Richelot, Kottmann, etc., a pu conquérir la place prépondérante qu'elle mérite dans la thérapeutique des affections pelviennes. Ici, comme partout, les découvertes pastoriennes ont provoqué une révolution en apportant une sécurité que Récamier, Blondel, Sauter et tous ceux qui firent les premières ablations de la matrice par le vagin, ne pouvaient acquérir, même avec une technique relativement satisfaisante. Il est évident que l'application des préceptes de la religion anti et aseptique demande à être ici formellement suivie. Et cependant ce qui a fait un peu la fortune de l'opération dont nous nous proposons de faire l'étude complète, c'est qu'elle pardonne assez volontiers les inoculations, pourvu qu'elles ne soient pas grossières. Telle faute qui tue l'opérée lorsqu'on enlève l'utérus par l'abdomen, n'entraîne pas la conséquence fatale, lorsqu'on procède à l'ablation par les voies naturelles. Pourquoi cette grande différence ? On a dit et répété que le péritoine pelvien est moins susceptible que celui de la grande cavité, le fait reste à démontrer. Il y a bien, sans celle-là, d'autres raisons dont la valeur n'est guère contestable. L'hystérectomiste, une fois incisés les culs-de-sac péritonéaux et dénudée la vessie, travaille plus avec les pinces qu'avec les doigts, et ces pinces sont stérilisées. Le laparotomiste, au contraire, se sert presque exclusivement des doigts ; il introduit parfois la main entière dans le ventre lorsqu'il décortique l'utérus et qu'il énuclée les annexes malades ; travail du doigt, ce n'est plus déjà la stérilité absolue comme celle de l'instrumentation ; c'est la désinfection relative. Le premier extériorise rapidement l'organe qu'il va enlever par le vagin ; le second au contraire agit comme au fond d'un puits. L'un laisse des soies et des fils divers dans le péritoine ; l'autre, abandonne des pinces à forci-pressure, mais il les abaisse dans le vagin, loin de la grande séreuse. L'hystérectomiste produit toujours un vaste trou, au centre du pelvis, trou qui serait parfaitement déclive, n'était l'arrière-fond de Douglas ; ce n'est pas moins un drainage permanent et bien placé ; le laparotomiste draine souvent, mais le tube est mal orienté, ascendant, et les liquides doivent monter pour s'évacuer. Chose curieuse, c'est souvent dans les grandes suppurations pelviennes, que l'extirpation *per vaginam*, menée au milieu de ruisseaux de pus, est suivie de la plus minine réaction. Les grandes suppurées sont celles qui supportent le mieux l'hystérectomie faite « malproprement ». C'est qu'ici l'utérus et les annexes se laissent décortiquer de dessous un dôme d'adhérences et de fausses membranes qui ferment le cœlome, et tout entier, l'acte opératoire demeure *extra-péritonéal*.

Telles sont, rapidement exposées, quelques-unes des raisons qui ont contribué au triomphe de l'hystérectomie vaginale. Moins rigoureuse pour l'asepsie, elle a donné pour certains chirurgiens, jusqu'à ces dernières années, une sécurité plus grande que la laparotomie. Il n'en faut pas moins ici se conformer scrupuleusement aux grandes règles ; les voici :

Stérilisation instrumentale et précautions d'usage s'imposent. Le champ opératoire, c'est le vagin. Il faut bien savoir qu'on arrive à le désinfecter, mais jamais à l'aseptiser. Les plissements et les culs-de-sac vaginaux échappent toujours plus ou moins à notre action et ne sont jamais aussi faciles à désinfecter que la peau. Des bains généraux pendant les huit jours qui précèdent, des irrigations vaginales multiples et abondantes au sublimé ou au permanganate pendant le même laps de temps ; des lavements la veille de l'opération pour désencombrer le rectum, un purgatif l'avant-veille constituent le régime et le traitement préopératoire. Lavage, brossage, savonnage de la vulve rasée et du vagin jusque dans ses culs-de-sac sont renouvelés, si besoin est, au début de l'opération, lorsque la malade est endormie et qu'une valve peut être mise pour voir clair, que le col est facile à fixer, et qu'une injection de teinture d'iode, poussée dans la cavité utérine, est bien tolérée. Parfois on fait un curettage préliminaire en cas d'affection très septique. Voilà comment on obtient une désinfection suffisante en pratique. Avant de commencer, la vessie est vidée avec une sonde, une dernière irrigation est donnée ; une seule compresse est mise si l'on craint les évacuations rectales, de telle sorte qu'elle masque l'orifice anal ; on la suspend verticalement et transversalement en l'accrochant par son

(1) Consultez comme travaux de l'auteur sur la question : l'hystérectomie vaginale dans le traitement des salpingites, leçon recueillie de M. Quénu, *Presse médicale*, 6 juillet 1895 ; l'hystérectomie vaginale dans le traitement des fibromes, leçon recueillie de M. Quénu, *Semaine gynécologique*, 1896 ; l'hystérectomie vaginale totale dans l'inversion utérine, *Gazette des Hôpitaux*, 5 juillet 1898 ; l'hystéréctomie vaginale totale dans le prolapsus utérin, *Gazette des Hôpitaux*, 22 septembre 1898 et *Gazette des Hôpitaux*, 27 septembre 1898 ; l'hystérectomie vaginale dans ses applications exceptionnelles à la pathologie pelvienne, *Bulletin général de thérapeutique*, 1898.

bord supérieur aux téguments de l'opérée, par trois pinces de Kocher ; deux latérales au niveau des fesses, une médiane au niveau de la fourchette. Inutile de mettre d'autres compresses sur la face interne des cuisses qui ont été préalablement nettoyées. Rien autour de la vulve, afin de manœuvrer à l'aise. Une compresse dans quelques cas sur la région hypogastrique lorsque l'opérateur devra s'aider de manœuvres de refoulement de haut en bas pour abaisser le fond de l'utérus. Enfin chaque fois que l'hystérectomie s'annonce comme devant être particulièrement difficile, pour un gros fibrome, par exemple, ou même, dans tous les cas, par prévoyance, la paroi abdominale doit être préparée et munie d'un pansement, comme pour une laparotomie. Celle-ci peut, en effet, devenir indispensable, soit pour assurer l'hémostase, soit pour enlever des fragments d'annexes ou encore pour extraire un fibrome à pédicule rompu qui s'égare en l'abdomen.

C'est pendant l'exécution de ces derniers préparatifs que la malade est endormie. Certains chirurgiens, Doyen par exemple, mettent dès la veille un ballon de Gariel afin d'obtenir une dilatation du conduit vaginal. Cette précaution nous a toujours paru inutile, car dans le cas de sclérose sénile pelvienne et de vagin inextensible où la dilatation serait particulièrement précieuse, ces ballons ne dilatent ni n'assouplissent le conduit vaginal.

L'*attitude* de l'opérée c'est le décubitus latéral gauche pour Péan, Pozzi (1) dans certains cas. C'est la position dorso-sacrée ou de la taille pour presque tous les chirurgiens : Richelot, Segond, Quénu, jambes pliées sur les cuisses et cuisses pliées sur le bassin, maintenues soit par des supports métalliques, soit par des aides spéciaux. Ces jambes sont enveloppées d'un pansement ouaté. Le bassin doit faire hernie hors du bord de la table, et s'incliner en bas dans toute la partie qui dépasse la table. Doyen donne à ses malades l'attitude d'extension des jambes, avec très légère flexion des cuisses sur le bassin (flexion à angle obtus), ce qui faciliterait les tractions dans l'axe du canal pelvien. Il fait observer que, dans l'attitude de la taille, la vulve et le canal vaginal regardent en haut ; ce qui est peu favorable aux tractions dans l'axe du pelvis. Presque tout le monde cependant se déclare satisfait de la position de la taille. L'opérateur est assis, et comme la table est haute, il se trouve bien en face de la vulve. Un aide principal est assis à droite ou à gauche du chirurgien Un deuxième aide debout, par-dessus la cuisse droite, est utile pour maintenir la valve supérieure, qui récline la vessie (2). Les instruments sont à portée de l'opérateur et à sa droite. Un laveur est à proximité de l'aide. Toute l'instrumentation a été préalablement exposée dans des plateaux. Elle sera restreinte comme nombre ; mais il faut cependant soixante à soixante-cinq instruments environ dont voici l'énumération :

A. Dans l'hystérectomie vaginale en général, nous avons coutume de répartir ce petit arsenal en 4 plateaux et en 4 petites cuvettes ou autres récipients selon la destination des instruments.

Plateau n° I. — Instruments piquants et coupants de petite dimension : 11 instruments (2 bistouris ordinaires, 3 paires de ciseaux, 2 pinces à disséquer à griffes, 1 petite curette de Volkmann, 1 aiguille de Reverdin courbe, en cas de déchirure du vagin ou de la vessie, 1 trocart, dans le cas où il faudrait ponctionner une poche, 1 sonde cannelée en guise d'hystéromètre et aussi de mandrin pour introduire la sonde à demeure, quelques épingles anglaises).

Plateau n° II. — Instruments de traction ou d'abaissement, 6 instruments (6 pinces à traction à 4, à 6, à 8 dents).

Plateau n° III. — Instruments d'hémostase, 18 instruments (6 grands clamps droits, de 6 centimètres de mors et 10 centimètres de manche, 6 pinces américaines longues, modèle Quénu, 6 pinces hémostatiques longues (servant surtout comme porte-tampons).

Plateau n° IV. — Ecarteurs et petites pinces hémostatiques, 30 instruments (6 écarteurs, 1 valve de Sims, 1 écarteur long de Péan pour récliner la vessie, 2 écarteurs courts, 2 écarteurs longs. Jamais nous n'introduisons plus de 2 écarteurs en même temps au cours de l'intervention, 6 petites pinces hémostatiques, 6 pinces américaines, 6 pinces de Kocher, 6 pinces en cœur).

Cuvette n° V. — 1 sonde de Femme en verre, 1 sonde de Pezzer.

Cuvette n° VI. — Soie et catgut en cas de déchirures de la vessie ou du vagin.

Cuvette n° VII. — Tampons.

Cuvette n° VIII. — Sublimé pour les mains. Le tout est disposé sur la table à deux étages (modèle Quénu) ; les 4 plateaux à l'étage supérieur, les 4 cuvettes à l'étage inférieur.

En résumé, 65 instruments, parmi lesquels 30 spéciaux pour l'hystérectomie (6 pinces à traction, 18 pinces à hémostase pinces clamps, 6 écarteurs).

Ne pratiquant jamais le morcellement en dehors des cas de fibrome, nous n'avons besoin que d'un matériel très restreint. Dans l'hémostase à demeure, notre maître Quénu n'a pas recours aux pinces courtes, dites de Segond ; mais tantôt aux grandes pinces droites (longuettes de 16), tantôt aux pinces américaines longues, solides et un peu écrasantes que nous avons fait construire à cet effet. Nous n'avons pas employé les pinces à ligament large de Doyen (deuxième modèle, ou puissant) parce qu'elles sont encombrantes et un peu monumentales. Nous rejetons son premier modèle (pinces élastiques cintrées) qui ne nous paraît pas pincer assez solidement la totalité du ligament large. Nous rejetons également tous les grands clamps courbes sur le champ, imaginés par Péan, et connus sous le nom de « pinces de Richelot », ce chirurgien d'ailleurs les a abandonnés également depuis 1888. Les longs bistouris droits et coudés n'ont pas non plus aucune raison d'être, car ne pratiquant pas de morcellement, nous n'avons pas à tailler de losanges, de cubes ou de cônes dans le tissu utérin. MM. Richelot et Segond emploient des éponges ; il y a plus de dix ans que Quénu, ici comme pour toutes les opérations, substitue les tampons simplement et parfaitement stérilisés par le passage à l'autoclave. Comme Richelot, nous pensons qu'il n'est pas besoin de monter les tampons sur des pinces à anneau doré « un chirurgien de sang-froid connaît chacun des instruments qu'il a placés, même quand ils sont nombreux, il peut les retrouver, les désigner Richelot » (1).

b) Dans l'hystérectomie vaginale en cas de fibrome, le morcellement nous fait ajouter, dans le plateau n° II destiné à la traction, les instruments particuliers à cette manœuvre, à savoir : 1° une paire de ciseaux courbes à longs manches, dont nous nous servons comme d'un levier ; 2° des pinces gouges au nombre de quatre ; 3° une érigne hélicoïdale (tire-bouchon) de Doyen ; 4° des cylindres tranchants de Doyen.

Actuellement nous n'employons plus les cylindres tranchants, qui ne nous ont pas satisfait, et nous faisons fort peu usage du tire-bouchons, qui ne déloge pas mieux les fibromes que les ciseaux courbes employés comme leviers, selon la pratique de Quénu.

II. — Acte opératoire.

Richelot (1) pense qu'il est peu utile de « scinder l'opération en plusieurs temps successifs ». Il préfère « suivre pas à pas les mouvements de l'opérateur et de ses aides ». Nous comprenons fort bien que l'on soit peu tenté de décrire l'hystérectomie vaginale temps par temps lorsqu'on fait du morcellement et qu'on enlève les morceaux comme on peut. Mais, pour tous les cas où le morcellement et l'hémostase préventive peuvent être supprimés (et nous estimons qu'il doit en être ainsi dans la presque totalité des cas), l'hystérectomie vaginale est une des opérations les mieux réglées de la chirurgie. Voilà pourquoi, au risque de paraître un peu fastidieux, nous procéderons temps par temps dans toutes nos descriptions du manuel opératoire. Pour éviter des redites, cependant, nous ne dirons ici qu'un mot du plan général de l'opération, tous les détails devant trouver leur place à propos de chaque affection en particulier, fibromes, prolapsus, etc. L'extirpation de l'utérus par le vagin se résume toujours pour nous aux quatre temps suivants:

(1) Cité par Baudron.
(2) Segond, d'après Baudron, emploie un troisième aide préposé aux éponges, un quatrième aux instruments. Pour nous, deux aides sont le grand maximum, et un seul peut suffire pour les cas faciles, s'il est assistant expérimenté.

(1) Richelot. — *De l'Hystérectomie vaginale pour cancer*, Paris, 1894.



Premier temps. Abaissement et incision circulaire du col. — [illegible] est incisé aussi près que possible de l'orifice externe [illegible] soit à 1 centimètre de ce dernier. L'incision circulaire est classique. Il y a cependant des variantes, telle l'incision elliptique (Pichevin), la circulaire avec débridements transversaux (Segond). Ce sont là des incisions d'auteur qui seront étudiées en leur lieu et place.

Deuxième temps. Décollement du parametrium en avant et en arrière, et un peu latéralement. — La vessie, accompagnée des uretères, est réclinée après un travail de dissection aux ciseaux puis de rugination avec le doigt sur la face antérieure du col, en procédant largement sur le côté. Nous estimons qu'il est toujours prudent de repérer le bas-fond vésical avec une sonde, dès qu'on a quelque crainte de s'égarer. Le rectum est facilement séparé. L'ouverture précoce du Douglas, lorsqu'il est libre, permet l'*exploration* digitale de la cavité pelvienne ; on recherche l'unilatéralité ou la bilatéralité des lésions annexielles, on va à la découverte de poches purulentes, ou bien encore, l'on prend connaissance de l'existence de bosselures fibromateuses sessiles ou pédiculisées. Dans quelques cas, il est utile aussi de faire l'exploration digitale par le cul-de-sac antérieur, dès qu'il est ouvert.

Troisième temps. Dégagement et extraction de l'utérus. — Ici commence le temps fondamental de l'opération : c'est l'hystérectomie proprement dite. Indépendamment de l'hémostase qui sépare les chirurgiens en deux grandes catégories, selon qu'ils la pratiquent première ou dernière, c'est à notre sens dans l'exécution de ce troisième temps (qui est le principal) que les procédés diffèrent essentiellement les uns des autres, que chaque manière de faire caractérise un « procédé ». Ces procédés sont simples ou composés, selon que l'extraction se fait par une ou plusieurs manœuvres élémentaires.

a) Procédés simples. Types purs : L'extraction de l'organe utérin peut se faire : 1° en *antéversion* monofragmentaire ou bascule en avant : Procédé de *Czerny* (1) ;

2° en *antéflexion* monofragmentaire fissurée ou *hémirésection* médiane de *Doyen* ;

3° en *antéversion* multifragmentaire avec *hémirésection* médiane de *Segond* ;

4° en *rétroversion* monofragmentaire ou bascule en arrière de *Richelot* (2) (première manière) ;

5° En *latéroversion* monofragmentaire après section prématurée d'un seul ligament large (ancien procédé français) ;

6° dégagement *dans l'axe*, monofragmentaire, ou nouveau procédé français ;

7° dégagement *dans l'axe* multifragmentaire, ou *morcellement* de Péan ;

8° dégagement dans l'axe bifragmentaire par *endoversion* et *bisection médiane* de *Quénu*.

La valeur exacte de chaque procédé est extrêmement variable ; elle ressortira de nos études ultérieures. Je dirai seulement que, sans chercher à être éclectique, aucun procédé ne me paraît devoir être systématiquement rejeté, parce qu'il trouve son application dans certains cas donnés, mais de l'inégale valeur résulte que certains *modus faciendi* sont nécessairement appelés à devenir, les uns, des procédés *courants*, les autres, des procédés d'*exception*.

b) Procédés combinés. — Voici deux exemples de ces types mixtes :

1° Dans le prolapsus utérin, Doyen conseille l'ablation de l'utérus, non pas par son procédé ordinaire, mais par bisection médiane (procédé de Quénu), et bascule en arrière (procédé de Richelot). La désignation exacte de cette technique nous paraît être : procédé *Quénu-Richelot-Doyen*, pour prolapsus.

2° La même section médiane (de Quénu) (3), combinée à la bascule en arrière (de Richelot) pour certains cas spéciaux de rétroflexions (Longuet) (4) justiciables de l'hystérectomie,

(1) Nous ne parlons que des chirurgiens ayant opéré depuis l'antisepsie.
(2) Martin n'a préconisé cette manière de faire que pour l'utérus cancéreux ; Richelot l'a conseillée pour tous les utérus mobiles ou mobilisables.
(3) La section médiane a été conseillée, puis répudiée, par Müller, non pour le temps d'hystérectomie proprement dite, mais pour le quatrième temps, ou de l'hémostase.
(4) LONGUET. — De l'hystérectomie vaginale totale dans ses applications exceptionnelles à la pathologie pelvienne. *Bulletin général de thérapeutique*, 1898.

ceux où l'utérus « très coudé, très élevé, est insuffisamment abaissable », nous a paru une technique très recommandable. Pour les raisons développées ci-dessus, nous nous apercevons aujourd'hui que le procédé que nous avons décrit est un *Quénu-Richelot-Longuet*, pour rétroflexion.

Quatrième temps. Hémostase dernière et excision de l'utérus. — L'utérus étant abaissé à la vulve, il faut réaliser, si cela n'a été fait préventivement, l'hémostase dernière et définitive des pédicules vasculaires, c'est-à-dire des ligaments larges. La technique la plus répandue consiste actuellement dans la forcipressure à demeure (Richelot) faite soit de bas en haut, soit mieux de haut en bas, c'est-à-dire du bord supérieur vers la base du ligament large, avec un minimum de 4 pinces, 2 de chaque côté, dont une de sûreté en cas de rupture de l'une d'elles.

Il y a trois manières de faire l'hémostase :

1° La *ligature* fut employée tout d'abord par les premiers chirurgiens jusqu'en 1886 ; elle n'est plus restée en France que comme technique d'exception dans les cas où les fils sont faciles à placer ou lorsqu'il faut assurer la réunion par première intention. En Allemagne, Martin, Olshausen et la plupart des gynécologues sont restés fidèles à la ligature. En Belgique, Jacobs, Rouffart y reviennent. Doyen, dans certains cas, l'applique également. Nous-même l'avons préconisée dans les cas où il faut obtenir une réunion par première intention pour le prolapsus (Quénu (1), Longuet (2), et pour l'inversion (Duret (3), Longuet (4) pour reconstituer ensuite le plancher périnéal) Péan, pendant longtemps, a employé un procédé mixte. Il pinçait préventivement, puis en terminant l'opération, il remplaçait les pinces par des fils. Lorsqu'on est certain de faire facilement une bonne hémostase avec des fils, il ne peut y avoir de cette manière de faire qu'avantage pour procéder ainsi.

2° La *forcipressure à demeure*, systématisée par Richelot (5), à qui revient intégralement tout l'honneur, est jusqu'ici le procédé de choix, vu la grande facilité et la sécurité qu'elle donne. Toutes les attaques qui ont été dirigées au début contre les pinces à demeure par Demons, par Pozzi et d'autres, n'appartiennent plus qu'à l'histoire. Difficulté d'application ; pincement concomitant de l'uretère, de la vessie, du rectum ; encombrement du vagin ; élimination par escharifications des parties étreintes ; gêne et douleurs pendant quarante-huit heures, tous ces arguments sont sans valeur et ne méritent même plus les honneurs de nouvelles discussions. Des milliers de faits sont plus puissants que toute théorie. Par contre, les pinces ont le grand avantage de faciliter et d'abréger l'opération, d'être toujours applicables dans toutes les circonstances, de jouer le rôle de drain, et l'on conçoit que la pratique de Richelot ait partout reçu une faveur très justement méritée.

3° L'*angiotripsie* vient d'être mise en pratique par Doyen (6) et Tuffier (7). « Dans l'hystérectomie vaginale l'écrasement des ligaments larges est particulièrement avantageux, que l'on doive employer pour l'hémostase définitive les pinces ou les ligatures » (Doyen, p. 202). Ces nouvelles pinces sont « de véritables appareils de forcipressure » : elles réduisent à une mince couche de tissu cellulo-fibreux les tissus qu'on va confier aux pinces, permet l'application beaucoup plus facile des ligatures, et lorsqu'on pratique la forcipressure, prévient tout danger d'hémorragie secondaire (p. 468). Mais l'écrasement terminé, Doyen applique au même endroit des pinces longuettes à demeure comme de coutume. Il évite soigneusement la section complète C'est par là principalement que Tuffier, systématisant l'angiotripsie à toutes les hystérectomies, et ne laissant aucune pince à demeure, diffère totalement de Doyen. Ainsi se trouveraient contournés tous les inconvénients qu'on

(1) QUÉNU. — *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1893.
(2) LONGUET. — De l'hystérectomie vaginale pour prolapsus. *Gazette des Hôpitaux*, septembre 1898.
(3) DURET cité par Longuet. — Hystérectomie pour inversion.
(4) LONGUET. — Hystérectomie vaginale pour inversion. *Gazette des Hôpitaux*, juillet 1898.
(5) RICHELOT. — Ce point d'historique sera, comme les autres, développé ultérieurement par nous.
(6) DOYEN. — Technique chirurgicale, Paris, 1897.
(7) TUFFIER. — *Bulletin de la Soc. de Chirurgie*, 1897 et 1898, et *Revue de Chirurgie abdominale*, 1898. — TESSIER. L'Hystérectomie vaginale par angiotripsie sans pince à demeure ni ligature. Thèse Paris, 1897-1898.

peut reprocher à l'hémostase à la Richelot. Il est certain que ces tentatives sont très intéressantes, et le jour où il sera absolument prouvé par un nombre imposant d'observations, que la manœuvre des pinces écrasantes n'est ni difficile, ni encombrante, qu'elle garantit contre l'hémorragie sous toutes ses formes, et qu'elle réalise le but qu'elle se propose, la grande majorité des chirurgiens aura sans doute tendance à reconnaître là un progrès. Aujourd'hui la question n'est pas encore sortie de sa phase embryonnaire.

L'hémostase dernière réalisée, deux coups de ciseaux détachent l'utérus et l'opération est terminée. Selon les cas, on enlève ou non les annexes ; pour cela, il suffit de faire le placement des pinces en dehors ou en dedans des annexes. L'ablation de l'utérus sans les annexes constitue une *castration utérine*, l'ablation concomitante des annexes, *une castration totale ou utéro-annexielle.* Dans la grande majorité des cas, c'est cette dernière qu'il faut pratiquer pour tous les cas où il y a des lésions annexielles et, en particulier, dans les cas de suppurations pelviennes. Se borner à l'extraction de l'utérus en abandonnant les annexes, c'est se contenter d'un expédient. La castration utérine n'amène pas plus la mort anatomique et physiologique des annexes que la castration simple ovarienne de Lawson-Tait ne produit l'atrophie de l'utérus restant.

Pansement. — Après avoir contrôlé et parachevé l'hémostase des ligaments larges et de la tranche vaginale, Quénu a recommandé de placer, entre les ligaments larges abaissés dans le vagin, des tampons *axiaux* réunis par leurs fils, puis des tampons *pariétaux* entre chacun des pédicules et la paroi vaginale correspondante ; enfin des tampons recouvrant tous les autres. Tous sont munis de fils qui empêchent leur égarement et facilitent leur extraction. Une sonde de Pezzer ou Malécot est mise dans la vessie pendant 48 heures et dévie l'urine loin du pansement par l'intermédiaire d'un tube en caoutchouc qui fait suite à la sonde et va plonger dans un bocal gradué placé aux pieds du lit où l'urine est recueillie. Dès que la malade est remise dans son lit, on place sous les jarrets un coussin peu élevé qui, en maintenant les cuisses fléchies légèrement et écartées, protège les pinces. Il est inutile de mettre des sachets de glace sur le ventre « pour prévenir la péritonite ou l'hémorragie ». Cette pratique trouve cependant encore faveur près de certains chirurgiens (Péan, Segond).

(*A suivre.*)

NOUVELLE PINCE PORTE-AIGUILLE

à usages multiples,

Par le Dr Damas, lauréat de la Faculté de médecine de Lyon.

L'importance des sutures en chirurgie est telle que de nombreux travaux ont été faits sur la question, en vue de déterminer les meilleurs procédés. Mais, un point qui a son intérêt, nous paraît être la longueur ordinaire de ces sutures. Dans un acte chirurgical moyen, la suture prend souvent un temps beaucoup trop considérable.

En dehors des procédés spéciaux, propres à raccourcir ce temps opératoire dont le surjet, malgré ses inconvénients est un des plus précieux, il nous a paru possible de simplifier l'arsenal chirurgical et de remplacer toutes les aiguilles montées, de forme et de courbures variables, par un porte-aiguilles unique permettant de prendre indifféremment aiguilles ordinaires et de Hagedorn et même d'opérer facilement des sutures dans le ventre ou sur le col utérin, sans avoir recours à d'autres aiguilles que ces deux variétés citées plus haut. Les aiguilles, en nombre suffisant, peuvent être enfilées à l'avance, et le temps perdu se trouve réduit au minimum.

Sans nous étendre davantage sur ces préliminaires, nous décrirons brièvement cet instrument, construit sur nos indications.

Les branches de la pince ont 18 centim. Les mors, coudés à angle droit, finement cannelés, 2 cm. 1 2. La longueur des branches donne une prise très solide, et sans grand effort. La longueur des mors permet de saisir des aiguilles d'un fort modèle sans écartement considérable des branches, d'où prise plus commode et manœuvre plus facile.

La coudure des mors permet la prise de H[illegible] sur le plat des aiguilles ordinaires suivant les bor[illegible] solide —. Pour les sutures pelviennes ou utérin[illegible] en particulier pour lequel on n'a rien de commo[illegible] ordinaire ou l'aiguille de Doyen à chas conique est sa[illegible] vant la courbure, parallèlement à l'axe des branches et p[illegible] met la suture d'avant en arrière, sans que l'on soit en aucune façon gêné par les branches.

En un mot, ce porte-aiguille permet de faire toutes les sutures, même les plus délicates et les plus difficiles, en changeant d'aiguilles à mesure des besoins.

REVUE FRANÇAISE

Gaulard. — AVORTEMENT INCOMPLET, CURAGE ET CURETTAGE. (*Presse médicale*, 5 novembre 1898.)

En 1846, un chirurgien français, Récamier, imaginait le curettage utérin et l'instrument nécessaire pour le pratiquer, la curette. Tout le monde connaît la curette de Récamier, inutile de la décrire.

Notre illustre confrère n'appliquait sa méthode qu'aux cas de fongosités utérines, prévoyant toutefois qu'on pourrait y recourir pour l'extraction des annexes fœtales.

L'opération de Récamier recruta rapidement de nombreux partisans, puis, un beau jour, quelques insuccès s'étant produits, tout le monde la rejeta.

Dans ces dernières années, on la vit reparaître, timidement d'abord, puis ce fut un nouvel engouement bien plus grand que la première fois. Tous les praticiens, dans tous les pays, dans les plus petits endroits comme dans les grandes villes, se mirent à curetter des utérus à tort et à travers. Des curettes de toutes tailles et de toutes formes furent inventées, c'était un véritable délire opératoire. Les gynécologues traitaient par cette méthode toutes les affections utérines et péri-utérines chroniques et même aiguës ; dès 1877, les accoucheurs étrangers, et, à partir de 1884, seulement les accoucheurs français, à la suite de Doléris et de Charpentier, se mirent à combattre l'infection puerpérale par le curettage.

Des abus condamnables se produisirent. Le public, un beau jour, se sentit exploité par des praticiens peu scrupuleux et prit peur à la suite d'accidents retentissants. Il se mit sur la défensive et tous ceux qui font de la gynécologie savent que les malades se méfient peut-être plus aujourd'hui du curettage que de la laparotomie.

Cette réaction se justifie jusqu'à un certain point, mais, comme toutes les réactions, elle a dépassé la juste mesure. Certaines affections utérines sont justiciables du curettage, mais allez donc faire comprendre cette vérité à des esprits prévenus et quelquefois réellement terrifiés.

Du reste, n'est-ce pas le même sort qu'ont subi d'autres opérations de première utilité, mais dont on avait voulu faire, au début, de véritables panacées, sans en avoir suffisamment médité les indications et la technique ?

Telle la symphyséotomie, pratiquée pour la première fois avec succès par Sigault. Quel enthousiasme à cette époque ! Puis, tout à coup, l'opération cesse d'être faite ; seuls les Italiens la conservent précieusement, et c'est de Naples que Pinard nous l'a ramenée il y a quelques années.

Pris pour elle d'un enthousiasme comparable à celui qui accueillit l'opération de Sigault, Pinard voudrait substituer la symphyséotomie à toutes les autres opérations obstétricales, en faire, comme du curettage, une panacée. Ce serait un bien mauvais service à lui rendre ; tous les maladroits voudraient la pratiquer, les insuccès se multiplieraient et bientôt se ferait une nouvelle réaction.

Et l'accouchement prématuré artificiel ? Entré dès 1756 dans la pratique anglaise, il prend bientôt droit de cité dans tous les pays.

En 1831-32 seulement, grâce aux efforts de mon vénéré maître, Stoltz, il entre dans la pratique obstétricale française. C'était le salut. Aujourd'hui, beaucoup de ceux qui s'estimaient heureux d'y recourir et en retiraient les meilleurs bénéfices n'en veulent plus. Pourquoi ? Leurs arguments sont loin d'être irréfutables, mais ce n'est pas le moment de m'y arrêter.

Le vénérable forceps lui-même trouve à peine grâce devant ces révolutionnaires obstétricaux, et Dieu sait cependant quels services il a rendus et nous rend tous les jours.

Mais j'en reviens au curettage. Celui-ci peut être employé en des

circonstances diverses. Il guérit certainement quelques affections utérines.

Dans l'infection puerpérale proprement dite, il peut donner et a donné des succès incontestables ; mais, ce n'est pas de ces choses que je veux parler aujourd'hui.

Une Femme avorte, l'œuf s'ouvre, l'embryon s'en va, placenta et membranes sont retenus. Tout cela peut être expulsé spontanément, sans complications ; mais, ce résultat heureux ne se produit pas. Au bout de quelques jours. la fièvre s'allume. Que faut-il faire ?

Moi, je dirais sans hésiter : le curettage. Eh bien, il parait que c'est une hérésie épouvantable. Ecoutez plutôt le professeur Budin :

« Jusqu'à ces derniers temps, on n'entendait parler que de la curette, du curettage. En ce qui me concerne, je n'emploie guère que le curage digital...

Voyons d'abord pourquoi je ne vous conseillerai pas d'employer la curette. Il y a entre la curette et le doigt cette différence qu'avec le doigt on sait ce que l'on fait, tandis que la curette est aveugle et peut aller plus loin qu'on ne le voudrait.

Quand on fait usage de la curette, on va dans la cavité utérine un peu au hasard ; il est quelquefois difficile de toucher tous les coins de l'utérus et l'on ne peut savoir si l'on a fait le curettage complet. Fort souvent, le curettage est insuffisant. On laisse parfois dans l'utérus des débris de caduque et même de placenta. Que de cas dans lesquels, après avoir fait avec le plus grand soin curettage et lavages utérins, on a vu, le lendemain, la Femme expulser des débris de membranes, de placenta et même des débris de fœtus.

Le curettage n'est donc pas une opération qui donne toute sécurité ; la curette est aveugle. J'ajoute qu'elle est dangereuse, parce qu'elle peut déterminer des hémorragies, et des hémorragies graves. Elle est souvent, en outre, la cause de perforation de la tunique utérine. Les exemples d'accidents de ce genre sont fréquents. On se rappelle le cas qui est appelé le cas de Berlin, et dans lequel un médecin accoucheur fut condamné à six mois de prison pour perforation de l'utérus à la suite d'une opération de curettage.

Il faut donc se méfier de la curette, d'autant plus que, chez les Femmes qui sont infectées, les parois utérines sont molles et flasques et se laissent facilement détruire.

Je ne dis pas qu'il ne faut jamais se servir de la curette, j'ai même toujours cet instrument avec moi ; mais, j'insiste pour vous dire qu'il ne faut point l'employer à la légère. Il faut en user avec prudence, avec le plus grand soin. »

Sur ce dernier point, je suis d'accord avec Budin, et tous les partisans du curettage, dans les cas indiqués plus haut, sont certainement de notre avis. Mais mon éminent collègue et ami me semble, dans le cas particulier, beaucoup trop timide. Qu'il préfère le curage digital, c'est son droit, mais pourquoi dénigrer ainsi la curette ? Dans mon service, dans ma pratique privée, je l'emploie couramment et jamais je n'ai eu le moindre accident. Mon chef de clinique, mes internes même, font des curettages chez des Femmes infectées par rétention placentaire ; je n'ai jamais vu survenir le moindre incident désagréable. Du reste, consultons les faits.

Voici, entre beaucoup d'autres, deux observations recueillies dans mes salles :

Observation LXXVIII. — *Avortement à cinq mois. Rétention du placenta. Infection. Curettage. Guérison.*

Hortense, trente-trois ans, journalière. Deux accouchements à terme, un avant terme, à six mois, il y a un an.

Journalière de son métier, cette Femme raconte que sa profession est fatigante ; elle fait la lessive. Pas de syphilis apparente, ni de maladie diathésique.

Ses menstrues sont régulières, durant de quatre à cinq jours, et sont apparues pour la dernière fois vers la mi-décembre 1892 : la grossesse est donc à cinq mois environ. Aucune complication pendant la gestation.

Le 11 mai 1893, elle faisait la lessive comme d'ordinaire. En montant des seaux d'eau au deuxième étage les membranes se rompirent à 11 heures du matin. La Femme raconte qu'elle perdit en assez grande abondance du liquide amniotique. Aucune douleur. Le travail se déclara le même jour à 10 heures du soir.

Amenée à la Maternité à 3 heures du matin, le 12 mai 1893, elle expulsait, à 4 heures du matin, un fœtus pesant 600 grammes. L'arrière-faix ne se décollant pas, injection vaginale de sublimé à 1/2000. Tampon de gaze iodoformée dans le vagin, pansement occlusif à la vulve, renouvelé plusieurs fois par jour.

Le 14 mai, lochies de mauvaise odeur ; vers 2 heures du soir, frisson violent, vomissements, céphalalgie, température, 39°9. Pas de localisation douloureuse du côté du ventre, le placenta n'est pas encore entièrement décollé. Antisepsie vaginale et vulvaire. Etat général satisfaisant.

Le 15 : 37°8, matin ; 40°1, le soir à 3 heures. Curettage par M. le professeur Gaulard. La curette ramène une quantité considérable de placenta, les membranes paraissent complètes, bien que déchiquetées. Injection intra-utérine de sublimé, 1/2000, et tamponnement intra-utérin à la gaze iodoformée. Une demi-heure après l'opération, la Femme est prise d'un violent frisson analogue à celui d'un accès d'impaludisme, la température axillaire donne 40°1 ; trois quarts d'heures après, tout était rentré dans l'ordre. Le lendemain, la température était normale. Suites de couches normales.

Observation LXXXII. — *Avortement provoqué. Rétention partielle du placenta. Curettage. Guérison.*

La Femme X... entre à la Maternité, le 5 juillet, à 2 heures du soir, se plaignant de douleurs depuis le 3, à 11 heures du matin.

Elle a eu un enfant à terme et a fait une fausse couche, le 13 novembre 1892. Depuis, les règles sont restées irrégulières. En janvier, les menstrues durent trois jours et ne reparaissent pas en février, ni en mars. En avril, la malade perd du sang pendant huit jours ; en mai, elle perd aussi un peu de sang, mais quotidiennement.

M. le professeur Gaulard pratique le toucher intra-utérin et sent distinctement un petit membre, un genou probablement ; les membranes étaient rompues. La Femme avoue avoir absorbé de l'absinthe, mais elle nie toute intervention manuelle sur la matrice. Le 6 juillet, elle expulse, à une heure du matin, un fœtus macéré de 550 gr. Placenta en putréfaction, et l'on ne peut savoir si le délivre est complet.

La température était de 38°4 à son entrée à l'hôpital, pendant la soirée, à 39°8, et, à minuit, 40°4. Douleurs abdominales et vomissements porracés.

Le 6 juillet, à 10 heures du matin, curettage par M. Gaulard ; il ramène quelques fragments de membranes et de cotylédons placentaires. Tamponnement utéro-vaginal, après injection intra-utérine.

Le 7, la température est de 38° le matin, et 38°1 le soir ; le 8, 37°2, le matin et 37° le soir.

La malade sort complètement guérie, le 20 juillet 1893.

Je trouve des faits semblables dans le mémoire de MM. Chaleix-Vivier et Audebert sur le traitement de l'avortement incomplet (1896).

Je me contenterai d'en rapporter deux ou trois.

Observation. I. — Alexandrine L..., trente-huit ans, cuisinière, secondipare. Dernières règles, 15 novembre 1894. Le 1er mars 1895, tombe du haut d'une échelle. Dans la nuit, contractions utérines violentes, hémorragie ; au matin, expulsion du fœtus et du placenta dans la voiture qui la conduit à la clinique. Température, 38°6. Injection vaginale et uterine.

Le 3 mars, frisson intense. Lochies fétides. Température, 40. Curettage avec anesthésie, cavité utérine très profonde, 15 centimètres. On ramène de nombreux débris placentaires ; il s'écoule beaucoup de sang pendant l'opération. Ecouvillonnage utérin à la glycérine créosotée au tiers. Grand lavage utérin. L'utérus se rétracte notablement. Tamponnement utérin et vaginal à la gaze iodoformée. Température du soir, 39°.

Le lendemain, ablation du tamponnement utérin qui est sale et exhale une très mauvaise odeur. Lavage utérin. Température, 38°.

Pendant les deux jours qui suivent, la température varie entre 38° et 38°8. Injections utérines et sulfate de quinine. Puis la température tombe à 37° et la guérison est bientôt complète.

Observation II. — Charlotte L..., primipare, entre à la Clinique d'accouchements le 17 juin 1895. Dernières règles, 21 janvier 1895.

A perdu du sang dès le commencement de juin. Le 16, après de vives douleurs, expulsion d'un fœtus mort et momifié, suivi le lendemain d'un placenta déchiqueté et incomplet.

Deux injections utérines dans la journée. Température, 37°5.

Le lendemain, 18 juin, le col s'étant refermé, les injections utérines sont impossibles. Lochies fétides ; température 38°5.

Le 19, température, 38°8. Curettage avec anesthésie. Dilatation du col avec les bougies de Hegar. La curette ramène quelques débris placentaires peu volumineux et fétides. Irrigations utérines. Tamponnement utérin enlevé le lendemain.

La température est redevenue normale. Régression utérine.

La malade sort guérie quinze jours après.

Observation III. — Une Femme, atteinte de vomissements incoercibles, fait une fausse couche incomplète. La température monte jusqu'à 40°.

Curettage sans anesthésie ; la curette ramène de volumineux débris placentaires. Badigeonnage créosoté de la muqueuse utérine ; pansement iodoformé utérin et vaginal.

Après l'opération, la température reste encore élevée pendant deux ou trois jours, puis retombe à la normale, et la malade guérit.

Je pourrais facilement multiplier les exemples du même genre. Ceux que je viens de citer prouvent jusqu'à l'évidence que le curettage n'est pas aussi mauvais que le prétendent certains auteurs pour le traitement de l'avortement incomplet. Il ne réussit pas toujours parce qu'il est quelquefois pratiqué trop tard, mais comme le disent Audebert et Chaleix-Vivié : « On a pu voir, à la lecture des observations déjà citées, que c'est le curettage qui, le plus rapidement, a mis fin aux accidents infectieux, quelquefois graves, présentés par nos malades. »

On voit, dans certains cas, la température, qui était de 40°, tomber en quelques heures à 37° et s'y maintenir. D'autres fois, la défervescence se fait progressivement, mais la guérison n'en est pas moins complète et définitive.

Malgré les succès, l'on a découvert au curettage d'abominables défauts. Il est dangereux, dit-on, la curette a plusieurs fois perforé les parois utérines. Dans une leçon récente, le professeur Budin a rappelé le cas de ce médecin berlinois qui fut condamné à six mois de prison pour avoir perforé l'utérus dans le cours d'un curettage. Cet accident est d'autant plus facile que chez une Femme infectée à la suite d'un avortement ou même d'un accouchement, les parois de la matrice sont molles, flasques, peu résistantes.

Un peu plus loin, il fait allusion au cas de Boisleux.

En effet, des accidents graves et même mortels sont survenus quelquefois à la suite de curettages. Personnellement, je suis même étonné qu'il n'en arrive pas davantage, quand je vois des curettes entre les mains de gens plutôt faits pour tenir une charrue que pour manier des instruments délicats. Tout le monde n'a pas la main chirurgicale, et cependant tout chacun fait et veut faire des curettages. C'est si simple, dit-on ! Oui, c'est simple, mais encore faut-il procéder avec toute la prudence et la douceur nécessaires, ce qui n'exclut pas la fermeté. Mais ce qu'il faut éviter, c'est la brutalité.

Pourquoi les accidents arrivent-ils toujours aux mêmes praticiens ? Tout simplement parce qu'ils opèrent mal ; ce n'est pas de la force qu'il faut, mais de l'adresse, du sang-froid et de la douceur. On ne râcle pas un utérus « comme un champ ».

« Tout en n'étant qu'une opération de petite chirurgie gynécologique, le curettage, dans la rétention placentaire post-abortive, est une intervention délicate et sérieuse. Bien des curettages exécutés à la légère sont demeurés inefficaces ou même ont été funestes, parce qu'ils étaient incomplets ou entachés d'une erreur opératoire. » (Audebert.)

Plus loin le même auteur ajoute : « Il faut bien le reconnaître, dans l'immense majorité des cas, la perforation est due à une *faute opératoire*. Souvent on n'a pas assuré une dilatation suffisante et la curette est gênée dans ses mouvements par l'orifice interne ; on ne peut le franchir qu'au prix d'un effort dangereux. Dans d'autres cas, *la maladresse* et même *la brutalité* de l'opérateur sont éclatantes. M. Cassaët a cité l'exemple d'un gynécologiste qui enfonça sa curette si profondément que l'instrument ne put être saisi qu'avec de longues pinces. Dans une discussion mémorable à la Société de gynécologie de Berlin, on rapporta des faits extraordinaires de culs-de-sac défoncés, d'utérus largement déchirés et d'intestin faisant hernie dans le vagin. »

Entre certaines mains, toutes les opérations et surtout les opérations obstétricales sont dangereuses ; le curage digital lui-même donnerait lieu à des accidents, parce que l'opérateur, peu maître de ses mouvements, pressé, brutal, déploierait une force exagérée pour faire entrer les doigts dans le col ou rendre accessibles les débris placentaires.

Le curettage de l'utérus puerpéral est accusé encore de produire des hémorragies. C'est parfaitement vrai, et personnellement j'en ai observé plusieurs cas et même de vraiment effrayants.

Le fait s'explique par l'inertie même de l'organe infecté. La curette ouvre des vaisseaux que rien ne vient oblitérer, le sang coule à flots. C'est pour éviter cet accident que j'ai proposé, il y a quelques années, à la Société obstétricale de France, d'administrer du seigle ergoté, sous une forme quelconque, avant de commencer le râclage. Je ne sache pas que quelqu'un y ait eu recours jusqu'à aujourd'hui. Du reste, le seigle agirait-il sur une matrice infectée comme sur une matrice saine, et, s'il agissait, le col ne serait-il pas plus difficile à franchir ? Je me réserve, le cas échéant, de mettre mon idée à exécution.

La plupart des auteurs conseillent de continuer le curettage malgré l'hémorragie ; la curette, disent-ils, est, dans ces cas, le meilleur ocytocique.

Je ne suis pas de leur avis ; l'expérience m'a rendu prudent, et je pense qu'il faut au plus vite faire un tamponnement serré de la cavité utérine.

On reproche encore au curettage, en cas de lésions annexielles, de pyosalpinx, par exemple, de provoquer l'ouverture des collections purulentes et la diffusion du pus. Effectivement, cela peut arriver et m'est arrivé personnellement plusieurs fois. Seulement je n'ai jamais eu à regretter cet accident, car, chaque fois, le pus s'est fait jour par l'orifice tubaire, la cavité utérine et le vagin, de sorte qu'en très peu de temps, grâce à des soins appropriés, la guérison a été parfaite. J'ai guéri ainsi, entre autres, une de mes clientes qui portait depuis longtemps une collection purulente de la trompe gauche. La santé est aujourd'hui parfaite.

Inutile d'ajouter que je suis partisan du curettage, malgré l'existence de lésions du côté des annexes. Seulement je n'insiste pas, dans ces cas, pour amener le col à la vulve. Du reste, l'abaissement de l'utérus est ordinairement impossible alors, ou du moins très limité ; mais cela ne gêne pas la manœuvre opératoire.

Après le curettage, on constate, parfois, une élévation brusque de température. Et ses adversaires s'écrient immédiatement : « Cela n'a rien d'étonnant, avec votre curette vous avez ouvert de nouvelles et larges portes aux germes infectieux. » Effectivement des vaisseaux ont été déchirés, par lesquels les microbes pourraient pénétrer dans l'organisme. Mais, pour éviter cet accident, il suffit de prendre avant, pendant et après l'opération, des précautions antiseptiques convenables.

Ce qui est certain, c'est que l'utérus, une fois bien purgé de Micro-organismes pathogènes, toute infection ultérieure se trouve, par le fait même, enrayée.

Le curettage, enfin, serait souvent insuffisant et inutile. « On laisse, parfois, dit Budin, des débris de caduque et même de placenta dans l'utérus. Que de cas dans lesquels, après avoir fait avec le plus grand soin curettage et lavages utérins, on a vu le lendemain la Femme expulser des débris de membranes, de placenta et même des débris de fœtus.

Le curettage n'est donc pas une opération qui donne toute sécurité, la curette est aveugle... Avec le doigt, on sait ce que l'on fait. »

En effet, l'on a vu, parfois, des curetteurs laisser dans la matrice des débris placentaires qu'ils voulaient en retirer. On en a vu couper, avec la curette, les membres inférieurs à un petit fœtus et abandonner le reste dans la cavité utérine. Je connais un cas dans lequel l'opérateur a consciencieusement enlevé avec l'instrument toute la peau d'un dos fœtal ; le fœtus lui-même n'a été expulsé que le lendemain ou le surlendemain. Mais ce sont là, tout simplement, de grosses fautes opératoires.

Le curettage n'est pas une opération bien émouvante, cependant elle exige encore une certaine initiative, une certaine hardiesse.

« Celui, dit Audebert, qui n'osera pas délibérément abaisser le col ou le fixer avec une pince, qui n'accentuera pas la perméabilité cervicale si elle est insuffisante, qui promènera avec hésitation la curette dans la cavité utérine, ou même, comme nous l'avons vu faire, dans le col qu'il redoute de franchir, et qui se hâte, dès l'expulsion d'un ou deux débris, de déclarer terminée une opération qui n'est pour ainsi dire pas commencée, risque de compromettre, par les échecs et les déboires, le bon renom de la méthode. »

Ces faits singuliers de fœtus dépouillés de leur peau ou coupés par morceaux sont le résultat d'erreurs de diagnostic, que l'on eût facilement réparées en pratiquant le toucher intra-utérin dans le cours de l'opération. Cette précaution ne doit, du reste, jamais être négligée : c'est la seule manière de savoir si l'utérus est réellement débarrassé des débris qui l'encombraient. Celui qui n'explore pas la cavité utérine, et à plusieurs reprises, pendant un curettage pratiqué pour cause d'avortement incomplet, ne sait jamais s'il a retiré tout ce qui devait l'être et peut parfaitement faire une opération incomplète et insuffisante.

Le curettage présente donc, pour les cas dont je m'occupe, certaines imperfections, certaines difficultés, ou plutôt exige certaines précautions un peu minutieuses. Mais le curage digital est-il lui-même sans défaut ?

D'abord, comment le pratique-t-on ?

Donnez du chloroforme, dit le professeur Budin. Endormez la Femme. Il faut que les organes soient distendus, qu'il soient mous. Vous prenez toutes les précautions antiseptiques les plus minutieuses et vous procédez alors à la dilatation du col.

Vous commencez d'abord avec un doigt, avec deux doigts, et, à la rigueur, avec les sondes de Hégar, mais, en général, les doigts suffisent à mener la dilatation à bonne fin.

Une fois la dilatation obtenue, vous introduisez un doigt dans l'utérus, et vous allez détacher avec le plus grand soin toutes les parties du placenta. Quand vous aurez détaché complètement le placenta, si vous avez pu introduire deux doigts dans l'utérus, vous laissez le placenta entre les deux doigts que vous recourbez un peu pour l'entraîner à l'extérieur. Si vous n'avez pu faire pénétrer qu'un doigt, vous le recourbez de manière à prendre le placenta comme par un crochet et vous essayez de faire l'extraction de cette manière.

Si vous ne pouvez pas parvenir à entraîner le placenta entier, vous le dilacérez un peu, vous le coupez en deux avec le doigt, de manière à le faire sortir par fraction.

Vous appuyez la main libre sur le fond de l'utérus pendant que les doigts de l'autre main (ceux qui ne sont pas introduits dans la cavité utérine) appuient sur le cul-de-sac postérieur vaginal. Vous faites ainsi une sorte d'expression. »

M. Budin a bien raison de recommander l'usage du chloroforme. La manœuvre est en effet douloureuse, parce qu'elle exige l'introduction de la main tout entière dans le vagin. Or, chez les primipares, ce premier temps de l'intervention est loin d'être facile.

Supposons-le accompli. Il faut introduire à travers le col, jusque dans la cavité utérine, un ou deux doigts. Or, dans le cas d'avortement précoce, cette manœuvre n'est pas aussi simple qu'on pourrait le supposer. Le col est fermé, résistant, et ne se laisse pas traverser, il faut recourir aux dilatateurs de Hégar. Mais les doigts ont passé et pénétré dans la cavité utérine. Jusqu'où vont-ils pouvoir y entrer ? La matrice est, parfois, volumineuse, malgré l'âge peu avancé de la grossesse. Chez une des malades de Budin, le fond de l'organe remontait à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

Dans le cours d'un avortement, le col ne s'efface pas. Hypertrophié par la grossesse, il est même plus long qu'à l'état normal. Or, l'index et même le médius, passés à travers un canal cervical de 5 ou 6 centimètres, n'entrent guère dans la cavité utérine que de 1 ou 2 centimètres. Si le placenta se trouve fixé au fond d'un organe dépassant l'ombilic de deux travers de doigt, comment feront-ils pour l'atteindre et l'extraire ? Je sais bien que l'on conseille d'abaisser la matrice avec la main restée libre, mais cet abaissement ne doit pas pouvoir dépasser certaines limites. « Bien sou-

vent, dit Audebert, le doigt n'aura pas une longueur suffisante pour explorer tout l'utérus, quelquefois il ne pénétrera pas au fond des angles, ce qui sera une lacune et laissera derrière lui des fragments placent[illegible]s. »

C[illegible]euse ! M. Budin fait exactement le même reproche à [illegible] Quand on fait usage de cet instrument, dit-il, on va [illegible]e utérine un peu au hasard, et il est quelquefois dif[illegible]toucher tous les coins de l'utérus ; on n'arrive notamment [illegible]acilement au niveau des cornes utérines et on ne peut savoir si l'on a fait un curettage complet. Fort souvent le curettage est insuffisant. »

Ce reproche me semble, toutefois, plus applicable au doigt qu'à la curette, dont la longueur plus grande permet de pénétrer plus avant. Et, dans la leçon de M. Budin, je lis en effet ceci :

« Quelquefois on sent le placenta détaché et l'on ne peut arriver à le saisir ; dans ce cas, on a dû, parfois, recourir à une pince que l'on introduit avec précaution, et au moyen de laquelle on saisit les débris placentaires. »

Mais cette pince a donné lieu à des accidents graves. « Elle est, dit Audebert, un instrument aveugle, et ne peut, comme le fait la curette, attaquer le placenta au niveau de son point d'insertion. Elle ne peut que tirer plus ou moins brutalement, amenant de nouvelles ruptures vasculaires, sans détacher d'une façon complète le morceau qu'elle a saisi. M. Tarnier dit avoir vu une Femme mourir d'hémorragie foudroyante, sous ses yeux, pendant qu'un médecin s'acharnait à vouloir enlever un placenta abortif avec des pinces. »

« Avec la pince, dit d'autre part M. Budin, on peut ramener l'intestin au lieu du placenta. On en cite un cas qui s'est présenté à Berlin.

Après la publication du fait de Berlin, on en a rapporté plusieurs autres semblables. Après le curage digital, on avait introduit une pince pour faire l'extraction du placenta qui n'avait pu être saisi, et l'on avait ramené une anse intestinale. Cet accident s'étant reproduit plusieurs fois, on en conclut que jamais on ne doit introduire de pince dans l'utérus.

En résumé, je vous le recommande expressément, n'introduisez jamais de pince dans la matrice. »

Oui, mais il faut alors se résoudre à faire souvent une opération incomplète. Quand on a recours au curettage, cet instrument aveugle et dangereux n'est pas nécessaire. Le toucher intra-utérin fait-il reconnaître la présence d'un lambeau placentaire, on peut toujours l'atteindre et l'extraire avec la curette prudemment dirigée par le doigt.

De plus, le placenta altéré est souvent friable, il se déchire sous le doigt qui ne peut l'amener totalement à l'utérus. Les cas sont nombreux dans lesquels, après un curage digital insuffisant, il a fallu recourir à un curettage qui a définitivement amené la guérison.

Enfin, le curage digital n'est pas toujours sans danger pour l'opérateur, comme le prouve l'observation suivante, empruntée au mémoire de MM. Chaleix-Vivie et Audebert :

« Le 12 janvier 1892, notre distingué confrère et ami M. Peyneaud (d'Arès) fut appelé à Andernos auprès d'une Femme de trente-cinq ans, quartipare, faible, misérable, depuis longtemps maladive, qui avait fait dix jours auparavant une fausse couche de trois mois environ. La température était de 40°3, le pouls à 140. Une odeur infecte s'élevait des organes génitaux ; grand lavage vaginal ; injection utérine. L'index droit, introduit dans l'utérus, retira des débris placentaires d'une horrible fétidité. Nouvelle injection utérine ; pansement vaginal à la gaze iodoformée.

Appelé à voir la malade avec M. Peyneaud, nous arrivons le lendemain matin 13. Elle était moribonde, et, malgré plusieurs injections sous-cutanées de caféine, elle expira dans la journée. Quatre jours après, M. Peyneaud remarqua qu'il portait à l'index droit, dans le voisinage du sillon péri-unguéal, une petite écorchure qui devint douloureuse et s'enflamma. Il eut de la fièvre, de la diarrhée, des sueurs profuses et fétides, de la lymphangite de l'avant-bras et du bras ; il se forma un abcès ganglionnaire de l'aisselle que nous dûmes inciser une dizaine de jours après le début de l'infection. Le pus abondant qui s'en échappa exhalait une odeur absolument semblable à celle de lochies fétides et de débris placentaires longtemps retenus dans l'utérus. Notre distingué confrère a, d'ailleurs, parfaitement guéri. »

Les chirurgiens qui pratiquent le curettage sont exposés aux mêmes accidents graves. Ils doivent, comme nous l'avons vu, introduire à différentes reprises le doigt dans l'utérus pendant l'opération. Si la peau de ce doigt n'est pas absolument intacte, l'infection est possible.

En résumé, le curage digital peut, dans l'avortement incomplet, être parfaitement suffisant pour parer à tous les accidents. Mais, il n'en sera pas toujours ainsi. Le curettage ne mérite pas les reproches qui lui ont été adressés ; pratiqué par une main calme, prudente, il me semble préférable au curage.

Je me garderai, toutefois, d'être aussi exclusif que certains, et si, le cas échéant, l'usage des doigts me semble devoir suffire, je n'emploierai pas de parti pris la curette.

REVUE ANGLAISE

Hubert-Roberts. — CANCER PRIMITIF DE LA TROMPE. (*Soc. obst. de Londres*, 4 mai 1898. — *Brit. med. J.*, 14 mai 1898.)

Femme de 43 ans, mariée depuis 7 ans, stérile, bonne santé jusqu'en mars 1896 ; alors, violente crise de douleur abdominale, avec écoulement vaginal. Nouvelles crises semblables en juillet et novembre. Admise en février 1897 ; amaigrissement ; utérus dévié à gauche par une masse latérale droite, fixé et peu sensible ; écoulement aqueux par le vagin. Ablation d'une trompe volumineuse, pleine de végétations d'aspect papillomateux, reconnues au microscope pour être du carcinome.

Discussion. ALBAN DORAN : fait un historique abrégé du cancer primitif de la trompe dont 23 cas ont été publiés jusqu'en avril 1898. La *Gynécologie* de cette date en rapporte un 24e, de Jacobson, qui enleva la trompe par le vagin. L'extrémité interne, comme il arrive assez souvent, était indemne ; la malade était stérile et il est intéressant de noter que, sur les 24 cas, 3 Femmes seulement avaient eu un enfant. Récemment, l'orateur a opéré une Femme de 45 ans XIIpare. Après plusieurs crises douloureuses accompagnées d'écoulement vaginal profus, elle avait eu comme des douleurs d'accouchement ; masse douloureuse dans le cul-de-sac droit et petit corps à gauche : on avait songé à un papillome de la trompe, mais on ne trouve qu'une trompe tortueuse et obturée, adhérente aux tissus voisins. Le cancer primitif est plus fréquent que le papillome dans la trompe, ou bien celui-ci a une grande tendance à la dégénérescence maligne. Des 7 cas authentiques de papillome, 2 succombèrent à l'opération ; un est récent (Watkin) : 1 cas de Kaltenbach est devenu malin, le plus ancien, de Spencer Wells (1879), vit encore, en bonne santé, malgré la gravité antérieure des symptômes.

D'accord avec Stevens, il pense que le cancer tubaire peut provenir de l'inclusion des tubes de Wolff dans les parois de la trompe.

Relativement à l'intervention, l'ablation par le vagin est discutable en ce qu'elle ne permet pas le contrôle des parties voisines. Walkins et Schauta ont enlevé les annexes malades ; procédé discutable encore, puisque l'extrémité utérine est ordinairement indemne, et que, d'autre part, l'extrémité péritonéale a pu infecter les organes ou tissus voisins.

PETER HORROCKS. Le cancer du col est fréquent et frappe presque toujours les Femmes-mères. Celui du corps, beaucoup plus rare, atteint aussi les multipares, tandis que celui de la trompe, le plus rare, ne s'observe guère que chez les multipares. La clinique montre que le cancer se localise de préférence sur les organes qui ont beaucoup fonctionné ou sont sujets à des lésions accidentelles et cette constatation serait favorable à l'idée d'un microbe envahissant plus volontiers le col, plus exposé, surtout chez les multipares, puis le corps et la trompe. Pour opérer le cancer tubaire, la voie abdominale est préférable à la voie vaginale.

AMAND ROUTH. Le diagnostic de ces cas est difficile. Dans la majeure partie des cas relatés par Doran, on signale des crises douloureuses presque continues simulant la salpingite aiguë avec poussées périmétritiques ; si, à ce signe, se joint l'écoulement d'un liquide sanieux, que la dilatation utérine empêche de rapporter à l'utérus, et qu'on trouve une tuméfaction salpingienne, il y a bien des chances pour qu'il s'agisse d'un néoplasme.

ADDRISELL : Dans presque tous les cas, les symptômes signalés sont la douleur et l'écoulement ; mais ils ne sont pas pathognomoniques, attendu qu'on les observe parfois dans l'hydrosalpinx.

GILES. Le pronostic est des plus défavorables. En effet, dans les 23 cas recueillis par Doran, 2 ne furent pas opérés ou le furent incomplètement, 2 qui survécurent ont été perdus de vue ; dans 2, l'opération fut fatale ; dans 10, la récidive se fit de 6 à 8 mois après; sur les 7 signalés comme guéris, un seul a la sanction du temps — 7 ans — les autres sont trop récents, le plus ancien n'étant opéré que depuis 19 mois.

Tout ouvrage dont il sera envoyé deux exemplaires sera annoncé et analysé s'il y a lieu.

R. PICHEVIN, *Directeur-Gérant.*

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE DAIX FRÈRES.
Maison spéciale pour Journaux et Revues.



LA LAPARORRHAPHIE A L'HOTEL-DIEU

Par le Docteur CLADO,

Chef des travaux de gynécologie à l'Hôtel-Dieu.

—

La suture des parois abdominales n'est pas comprise par tous les chirurgiens de la même façon. Aussi bien en France qu'à l'étranger, les chirurgiens sont divisés sur cette question et le dernier Congrès de chirurgie de Moscou a montré que la suture en bloc aussi bien que la suture en plans superposés avaient leurs partisans.

Dans le présent article, je me propose d'exposer la pratique de M. le Professeur Duplay basée sur un grand nombre d'observations qu'il a pu recueillir dans sa longue carrière de chirurgien. Je crois faire œuvre utile en montrant les avantages de la suture telle que la pratique mon Maître et en faisant valoir en sa faveur à la fois des considérations théoriques, et quelques expériences faites sur le cadavre.

Voici d'abord le procédé de laparorrhaphie préconisé par M. Duplay, procédé qui du reste est identique à ceux du même genre, sauf quelques détails de peu d'importance.

Nous nous servons, pour la pratiquer, de la longue aiguille à chas, très facile à aseptiser, et non point de l'aiguille tubulée, dont le canal peut constituer une source d'infection. Comme tel, nous employons un fil d'argent de volume moyen, plutôt un peu fort.

Manuel opératoire : Après avoir étalé une large compresse de gaze, munie d'une longue pince, sur le paquet des viscères, on saisit entre le pouce et l'index une des lèvres de la plaie abdominale et avec l'aiguille enfoncée de dehors en dedans, on traverse toute l'épaisseur de la paroi ; puis on répète la même manœuvre sur un point symétrique de l'autre lèvre, mais en faisant pénétrer l'aiguille de dedans en dehors, c'est-à dire du péritoine vers la peau. Le fil introduit dans le chas est entraîné par l'aiguille que l'on retire en lui faisant parcourir un trajet inverse de celui qu'elle a suivi pour entrer. Un tortillon fait à chaque bord du fil empêche celui-ci de se déplacer, ce qui permet de se passer des pinces hémostatiques qu'on a l'habitude de placer aux deux extrémités du fil. Tel est en bloc le mode de placement de chaque point de suture.

Mais il importe d'insister sur quelques détails techniques. L'aiguille doit traverser la peau à deux centimètres environ du bord de la section abdominale ; elle se dirige ensuite obliquement vers le péritoine, et traverse celui-ci à un centimètre de la même section. Elle doit comprendre, de la peau au péritoine, tous les plans intermédiaires, c'est-à-dire les muscles et les aponévroses, mais de telle façon que les portions sectionnées se trouvent sur le même plan vertical et antéro-postérieur. En d'autres termes, il ne faut pas que la couche musculaire ou la peau dépassent en dedans, et fassent hernie dans le champ de la section.

La suture est entrecoupée, à fils séparés. Ceux-ci sont placés de haut en bas, à une distance de trois centimètres environ l'un de l'autre.

Au moment de serrer chaque fil pour le bon affrontement des parties, il est nécessaire d'exécuter une petite manœuvre, à laquelle M. Duplay attache une grande importance. Le fil une fois en place, le chirurgien en saisit les deux chefs entre ses doigts et soulève la paroi abdominale en tirant sur eux ; dans cette attitude, il exerce de chaque côté avec les index ou les médius une pression latérale au voisinage des orifices livrant passage au fil, comme s'il cherchait à aplatir celui-ci latéralement, ce qui doit avoir pour résultat d'accoler l'une contre l'autre les parties afférentes et de les faire saillir vers l'intérieur. Cet effet obtenu, il tord le fil en serrant suffisamment. Par un petit coup de main on ramène le tortillon sur le côté, afin qu'il ne gêne pas pour le pansement.

Une fois les fils serrés, les parties se trouvent exactement affrontées, et il est rare que l'on soit obligé de placer quelques fils superficiels sur des points intermédiaires. C'est surtout chez les sujets très gras que ces fils sont parfois indispensables.

La suture ainsi pratiquée me paraît être jusqu'à ce jour le procédé de choix, et supérieure à tous les autres. Je vais exposer les raisons sur lesquelles se base cette conviction. Elles sont d'ordre clinique, expérimental et théorique.

En ce qui concerne la clinique, elle nous permet de juger ultérieurement de la solidité ou de la faiblesse de telle ou telle suture. En effet, de temps à autre, il entre dans le service de gynécologie des malades atteintes d'une éventration ou d'une simple hernie qui s'est frayé un chemin à travers la cicatrice d'une laparatomie. Or constamment — du moins en ce qui concerne les observations que nous avons faites à l'Hôtel-Dieu — ces éventrations ne s'effectuent qu'à travers une cicatrice dont la suture a été faite autrement qu'en masse, et notamment celle par plans superposés. Actuellement même, nous avons dans nos salles deux malades en traitement qui appartiennent à cette catégorie.

Par contre, nous n'avons encore, depuis quatre ans, observé un seul fait de hernie consécutive à la suture en un temps, telle que nous la pratiquons suivant les préceptes tracés par M. Duplay. La longue pratique de mon Maître est encore plus décisive à cet égard. En effet, il n'a jamais observé de hernie chez des malades suturées par lui, réserve faite toutefois pour les sutures partielles faites de façon à ménager la place d'un Mickulicz et pour les sutures pratiquées au-dessus du pédicule extra-péritonéal d'un fibrome, traité par les anciens procédés.

En ce qui concerne l'expérimentation, il est facile à chacun — entre autres expériences que nous avons entreprises à cet égard — de répéter la suivante. Après avoir pratiqué sur le cadavre une laparatomie et avoir décollé plus ou moins les différents plans abdominaux de façon à se rapprocher des conditions d'une opération normale, on procède à la suture en masse, telle que l'enseigne M. Duplay. Cela fait, on sectionne la paroi abdominale en travers et l'on examine la suture sur cette coupe transversale. On peut voir alors que la partie de la paroi abdominale comprise entre les sutures bombe en avant et en arrière, de façon à former, aussi bien du côté de la peau que du côté du péritoine, une saillie représentant un tiers de cylindre, étendue de haut en bas dans la partie suturée. En d'autres termes, la paroi abdominale présente, au niveau de la suture, une épaisseur beaucoup plus considérable que sur le côté, et cette épaisseur, cela va sans dire, est également beaucoup plus grande que celle de la paroi abdominale normale du même sujet mesurée sur la ligne médiane. Nous avons fait cette mensuration une fois la laparotomie effectuée, sur le plan même de la section médiane et nous avons trouvé qu'après la suture l'épaisseur était doublée. En somme, les parties qui vont se cicatriser laisseront une cicatrice qui aura la forme d'une cloison antéro-postérieure présentant deux fois l'épaisseur de la ligne normale. Ce n'est pas tout. La suture en masse place les différents plans de section de telle façon qu'ils s'entremêlent et se pénètrent en quelque sorte, pour peu que la suture soit suffisamment serrée. Il y a là des conditions de solidité indéniables.

Ai-je besoin d'ajouter que la même expérience faite pour la suture par plans séparés ne fournit plus les mêmes conditions avantageuses. Les différents plans suturés séparément forment autant de couches distinctes dont chacune, prise individuellement, est forcément moins solide, bien que chacune d'elle double la voisine. Il faut toutefois remarquer que les



plans ainsi suturés ne reconstituent nullement la ligne blanche abdominale. La cloison antéro-postérieure qui forme l'aponévrose des droits, malgré la multiplicité de plans suturés, fait absolument défaut. Si en effet une cicatrice médiane, plus ou moins fibreuse, existe pour chaque plan isolément suturé, il n'y a aucune continuité entre ces différentes cicatrices et partant les conditions de solidité s'écartent de l'état normal. Si nous le comparons à la suture en masse, nous voyons que la suture par plans séparés ne présente plus cette augmentation d'épaisseur dont nous avons parlé plus haut, ni cet entremêlement des différentes couches de l'abdomen donnant lieu à la formation d'une cloison antéro-postérieure large et solide, sorte de septum fibreux sur lequel viennent s'insérer les différentes couches prenant part à la formation de la paroi abdominale, depuis le péritoine jusqu'à la peau.

Cette simple expérience, qu'il est très facile de répéter sur le cadavre, nous montre donc que les conditions de solidité sont, comparativement beaucoup plus avantageuses dans la suture en masse que dans la suture par plans séparés. De même, la clinique nous a montré aussi que la hernie simple ou l'éventration étaient plus fréquentes dans la suture par plans séparés que dans la suture en masse.

Enfin, par des considérations théoriques, on est conduit aux mêmes conclusions. Il est hors de doute que la multiplicité des sutures accroît proportionnellement les chances d'infection. Chacun des fils représente, en effet, une voie ouverte à la contamination possible, et pour peu qu'une faute soit commise, quelqu'infime qu'elle soit, le fil infecté manquera son but. Mais en admettant même que l'infection n'intervienne aucunement, il se peut qu'un fil de catgut ou plusieurs cèdent avant l'établissement de la cicatrice et, de ce fait, les points suturés peuvent subir une légère désunion. Ainsi, la suture par plans séparés expose, du fait d'une infection partielle ou bien du fait de la rupture d'un fil sans infection, à l'entrebâillement du plan suturé et partant à la formation d'une dépression prête à favoriser la production d'une hernie. On pourrait donc dire que les chances de désunion augmentent proportionnellement avec le nombre des sutures. Au contraire, la suture en masse faite au fil d'argent expose beaucoup moins à cette éventualité par le petit nombre des fils qu'elle réclame et la façon dont elle réalise l'affrontement de la plaie abdominale.

Mais lors même que la suture par plans séparés aurait réussi pleinement, il est de toute évidence que sa solidité sera inférieure à celle de la suture en masse, laquelle confond sur la ligne médiane tous les plans abdominaux en créant une cloison fibreuse antéro-postérieure. En effet, dans la suture à étages chacun des plans isolément suturé est individuellement moins solide, et bien qu'ils se doublent les uns les autres, leur ensemble représente une paroi beaucoup plus susceptible de céder sous la poussée des viscères.

En somme, les considérations théoriques, les enseignements cliniques, aussi bien que les conditions anatomiques nouvelles résultant de la suture plaident toutes en faveur de la suture en masse et justifient la préférence accordée par le professeur Duplay.

Il est encore une considération, qui n'est pas à négliger : je veux parler de la rapidité plus grande de la suture en masse comparée à tout autre mode de suture. Il est évident que l'on gagne du temps en suturant à la manière de mon Maître, et cet avantage a son importance lorsqu'il s'agit d'opérations un peu longues. Economie de temps, économie de sommeil artificiel, ce sont là deux conditions favorisant le succès opératoire à porter à l'actif de la suture en masse.

Mieux que toute considération théorique ou clinique, l'observation que je vais citer montrera avec la rigueur d'une expérience de laboratoire la structure particulière de la suture en masse et sa solidité.

Madame X. a été depuis l'année dernière dans notre service pour une grosseur extra-utérine suppurée. L'état des lésions après extirpation du kyste purulent nous obligea de suturer toute la partie supérieure de la plaie et de laisser à la partie inférieure un orifice pour le placement d'un drainage à la Mickuliez. Huit mois après l'opération la malade est rentrée de nouveau dans le service de M. Duplay pour une fistulette résultant d'un fil infecté. Quelques tentatives infructueuses ayant été faites avec un crochet pour retirer ce fil et considérant, d'autre part, que la partie inférieure de la cicatrice était disgracieuse, nous avons procédé à une nouvelle laparotomie pour retirer le fil infecté et remédier à la forme disgracieuse de la cicatrice. Des adhérences profondes nous ont obligé de fendre du haut en bas toute la cicatrice pour libérer les parties profondes, et découvrir le fil cause de la fistule. Or nous avons pu constater que non seulement cette cloison fibreuse antéro-postérieure existait tout le long de la cicatrice, mais qu'elle envoyait latéralement des prolongements fibreux dans l'épaisseur des couches médianes de l'abdomen. C'est là une démonstration absolue de toutes les considérations que nous avons exposées pour faire prévaloir la suture en masse. J'ajoute que le fil infecté a été retrouvé et que la malade a bénéficié pleinement de notre intervention.

Après avoir montré que la suture en masse est supérieure à la suture par plans séparés, au point de vue de la solidité notamment, il ne nous reste plus à envisager que le point de vue esthétique. Il est évident que la suture isolée de la peau permet de réduire au minimum les cicatrices résultant de la pose même des fils, et de placer leurs orifices d'entrée et de sortie aux points les plus avantageux. En effet, dans la suture à plusieurs plans, on peut se servir d'un fil relativement mince, et lui faire traverser la peau tout près de la ligne médiane. On peut même, et cela se fait couramment, employer pour suturer la peau le crin de Florence, ou faire au besoin la suture *intra-dermique* pour éviter complètement la double série des piqûres d'entrée et de sortie des fils. Sans doute, il y a là un avantage appréciable qui n'existe pas pour la suture en masse, telle qu'on la pratique ordinairement. Toutefois, pour répondre à ce desideratum, nous avons imaginé un mode de suture qui permet — la grosseur des fils à part — de placer les orifices d'entrée et de sortie aux points qu'on désire, et même dans l'épaisseur du derme, et faire ainsi la suture intra-dermique.

Voici ce mode de suture : Elle est semblable en tous points à la suture en masse, sauf en ce qui concerne le point d'entrée et de sortie du fil. En effet, au lieu de commencer par enfoncer l'aiguille dans la peau, on recline la peau en dehors et on pique sur l'aponévrose même des droits, à deux centimètres du plan de section médiane. L'aiguille perfore tous les plans abdominaux absolument comme il a été dit plus haut, et après avoir traversé le péritoine d'un côté, elle s'engage du côté opposé pour ressortir à travers le droit et son aponévrose, également à deux centimètres de la ligne médiane, sous l'angle formé par la peau et sans traverser celle-ci. En somme, c'est la suture profonde telle que je l'ai décrite plus haut, mais n'intéressant nullement la peau.

On place de haut en bas le nombre de fils nécessaires, puis on se comporte vis-à-vis des différents chefs de la façon suivante : Avec l'aiguille on pique la peau tout près du plan de section, ou même, si l'on désire, dans l'épaisseur même du derme, et l'on fait cheminer l'instrument excentriquement, c'est-à-dire obliquement en dehors, vers le tissu cellulaire sous-cutané où l'on fait sortir sa pointe. Ainsi, en ce point, on accroche à l'aiguille le chef opposé du fil pour le faire ressortir au point d'entrée. Autrement dit, si l'on a traversé la peau à droite, c'est le fil du côté gauche qu'on entraîne dans le trajet du côté droit. Après avoir entraîné tous les fils d'un côté à travers la lèvre cutanée du côté opposé, on procède de la même façon pour l'autre côté. De la sorte, tous les chefs des fils du côté droit passent à gauche, et ceux du côté gauche passent à droite. On serre ensuite de haut en bas, comme d'habitude. Dans cette situation, chaque fil représente donc une anse qui comprend toutes les parties molles sous-cutanées, et, croisé sur la ligne médiane, il forme un cercle qui étreint et accole sur cette ligne médiane les divers plans de section, sauf la peau. Cette dernière se trouve affrontée à son tour par le serrage des chefs croisés sur la ligne médiane. L'ensemble de chaque fil noué représente donc un 8 de chiffre.

Sans doute, on pourrait terminer la suture sans entre-croiser les fils, mais l'expérimentation nous a montré que pour obtenir un épaississement, un tassement des parties molles affrontées, il est nécessaire de pratiquer cet entre-croisement pour faire passer les fils du côté opposé. En effet, si l'on serrait simplement ces fils avant de leur faire traverser la peau, les parties molles se placeraient absolument comme je l'ai décrit à propos de la suture en masse. L'entre-croisement est donc nécessaire.

Si l'on désire faire une suture intra-dermique, il suffit de



faire passer chaque chef, à son point de sortie, dans l'épaisseur même du plan de section cutanée.

Il y a bien quelques petites objections à faire à la nouvelle suture que nous proposons, mais la plupart sont d'ordre purement théorique et nous pouvons les passer sous silence. Le seul inconvénient, de peu d'importance d'ailleurs, consiste dans la difficulté de retirer les fils ainsi croisés, mais on y arrive avec un peu d'insistance et sans créer aucune lésion nouvelle.

Nous avons mis en pratique ce procédé déjà trois fois à l'Hôtel-Dieu, et le résultat a été tout à fait satisfaisant. Pour des incisions peu étendues, comme dans les laparotomies pour annexites légères ou pour hystéropexies, on peut essayer de faire la suture intra-dermique; mais pour les grandes incisions, la nécessité d'employer un fil un peu gros exclut nécessairement ce mode de suture.

TECHNIQUE GÉNÉRALE DE L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE TOTALE

Par le Dr Longuet, ancien interne des hôpitaux.

(*Progrès médical*, 8 octobre 1896.)

(*Suite et fin.*)

III. — Suites et complications immédiates.

Les suites immédiates sont d'habitude excellentes; les soins consistent en injections sous-cutanées de sérum (chez les malades très anémiées en cas de fibromes hémorragiques), en injections de morphine le soir du premier et du deuxième jour si l'opérée souffre de la présence des pinces. L'*enlèvement des pinces* et *l'en lèvement des tampons* sont les deux manœuvres qui nécessitent le plus de soin.

L'enlèvement des pinces se fait d'ordinaire après 48 heures. Or des hémorragies survenues après ce laps de temps ont amené certains chirurgiens, comme Quénu, à proroger de 24 heures, et depuis plus de quatre ans c'est le matin du troisième jour que nous procédons à cette ablation. Cependant, le deuxième jour, nous enlevons toutes les pinces accessoires, c'est-à-dire celles qui serrent la tranche vaginale.

Ne restent au delà de 24 heures que les quatre pinces principales, assurant l'hémostase du ligament large, pinces qui sont toujours faciles à distinguer des autres, puisqu'elles seules ont une crémaillère. Voici comment Quénu nous a appris à enlever ces pinces ligamentaires : nous commençons par les ouvrir complètement en les laissant absolument en place, dès notre arrivée dans le service par exemple. Puis une heure après, nous les enlevons définitivement par quelques mouvements prudents avec un minimum d'ébranlement. S'il survenait une hémorragie lors du desserrement des pinces, il suffirait de les serrer à nouveau; laissées en place, elles ressaisiraient exactement tout ce qu'elles étreignaient auparavant. D'ailleurs, le pansement intra-vaginal fait, comme nous venons de l'exposer, empêche tout déplacement de ces instruments. En cas d'hémorragie nous nous évitons ainsi la peine de remettre les pinces en bon endroit, ce qui est toujours une manœuvre aussi pénible pour la malade que pour le chirurgien; bien heureux encore quand on n'est pas obligé de procéder à une laparotomie sur le champ. Quant aux tampons, il y a intérêt à les laisser au moins 5 ou 7 jours, pendant toute la durée de l'oblitération du cœlome. Lorsqu'on pratique ensuite des injections pour hâter l'élimination des débris sphacélés, il faut procéder avec une prudence extrême sous peine d'envoyer le sublimé dans le ventre et de perdre la malade (cas de Richelot, cas de Potherat, etc.) On devra se borner d'abord à un lavage superficiel et sans pression; ce n'est guère avant le douzième ou le quinzième jour que l'on peut irriguer largement.

Nous venons de schématiser une hystérectomie se passant dans de bonnes conditions. Il nous reste à envisager maintenant l'opération lorsqu'elle « marche mal »; c'est tout d'abord les complications opératoires précoces qui vont nous arrêter; celles-ci pouvant survenir à tous les temps de l'opération.

1° *Complications du premier temps.* — Dès le début, en abaissant le col, il arrive qu'on rencontre une extrême *friabilité* de l'utérus. C'est principalement dans les cas de suppuration rapprochée de l'accouchement qu'on observe de tels utérus, en subinvolution, qui se laissent déchirer à chaque prise. Les difficultés se présentent d'autant plus grandes que l'on opère à une époque plus rapprochée de l'accouchement. Non seulement l'utérus, mais tous les tissus pelviens, se laissent également déchiqueter. Michaux (1), dans un cas de ce genre, put enlever tout l'utérus par miettes et sans mettre une seule pince. A. Broca (2) a perdu une malade dans de semblables conditions. Segond s'est trouvé aussi plusieurs fois aux prises avec ces fâcheuses conditions. Dans certaines suppurations pelviennes, l'utérus offre la même friabilité, mais rarement au même degré que dans le post-partum. Il n'y a pas de règle à donner en pareil cas; le morcellement échoue autant, que toute autre manœuvre; on fait ce qu'on peut; une laparotomie séance tenante permettra parfois d'enlever en un instant l'utérus qu'on ne parvient pas à extraire par en bas. S'il y a des poches purulentes accessibles par le vagin, le mieux est de s'en tenir momentanément à la colpotomie.

2° *Complications du deuxième temps*: a). *Blessure de la vessie.* — C'est pour l'éviter que l'on recommande de toujours raser le tissu utérin dans la dénudation du col. Dans quelques cas rares la vessie est perforée par la manœuvre brutale de l'écarteur chargé de récliner cet organe, ou bien encore, il se trouve pincé lorsqu'on fait l'hémostase préventive.

Ailleurs, c'est une suppuration préutérine qui rend les tuniques vésicales friables. Mais c'est surtout les cancers à évolution antérieure qui préparent la fistule vésico-vaginale. Nous conseillons, dès qu'on a reconnu cette fâcheuse circonstance, de renoncer sur le champ à l'hystérectomie vaginale, en cas de néoplasme et de s'en tenir là après avoir fermé la perforation par quelques points de suture. Il est certain, en effet, que l'on ne peut alors se tenir à distance suffisante du mal et que l'ablation de l'utérus sera sans valeur.

Dans les autres circonstances, la blessure de la vessie n'est pas exceptionnelle, puisque M. Segond (3) l'a observée dans une dizaine de cas. Tantôt la blessure est *primitive*, elle se reconnaîtra au moment même de la dénudation du col; l'opérateur s'aperçoit qu'il vient d'ouvrir largement le réservoir vésical, ou bien encore, c'est l'aide chargé de l'écarteur supérieur, qui croyant perforer minutieusement le cul-de-sac vésico-utérin, entre dans la vessie. Tantôt l'ouverture est *secondaire*; elle ne se manifeste qu'au bout de quelques jours lors de la chute des eschares, puis elle persiste sous la forme d'un orifice à peine visible, imperméable au stylet, en un point de la cicatrice vaginale.

D'après les faits de Segond (4), ces fistules vésico-vaginales n'ont pas de tendance à se fermer spontanément; elles réclament une ou plusieurs interventions ultérieures. Au contraire les cas de Richelot (5), ont évolué plus heureusement. « Ces fistules, dit-il, sont fastidieuses parce que les Femmes en sont d'abord toutes démoralisées; mais elles ne sont pas graves, témoin une malade opérée pour un double pyosalpinx, et dont la fistule bientôt facilement tolérée et coulant à peine, se fermait spontanément au bout d'une année. Chez une autre où une injection vésicale sortait par le vagin avec une facilité qui dénotait une ouverture un peu large, la réparation a été faite une première fois sans succès. J'y reviendrai s'il le faut. »

Le traitement de la blessure primitive consiste dans la réparation séance tenante par une suture au catgut à plusieurs étages, avec sonde à demeure. Cette suture ne tient pas toujours et la fistule s'établit. Richelot recommande alors de laisser la plaie vaginale se combler, peu à peu, la cicatrice s'épaissir et se consolider, pour intervenir en dernière analyse sur un orifice déjà rétréci au maximum. Le traitement des blessures secondaires ou par escharification est parfois très difficile, et la guérison ne s'obtient souvent qu'après plusieurs

(1) Michaux cité par Lafourcade. — *Thèse de Paris*, 1893.
(2) A. Broca. — *Congrès français de Chirurgie*, 1893.
(3) Segond. — *Progrès médical*, 1896-97.
(4) Richelot. — De l'hystérectomie vaginale, pour cancer, Paris, 1893.
(5) Ricard. — Congrès français de Chirurgie, 1896 et *Bulletins de la Société de Chirurgie*, 1896.



opérations consécutives. Les tissus scléreux et rigides, au sein desquels on taille pour faire une surface cruentée, sont peu propices à la réunion et à l'affrontement. Comme pour toutes les fistules vésico-vaginales deux méthodes principales trouvent leur application : La méthode américaine classique de Sims-Bozemann ; c'est l'avivement en forme de cuvette dont on affronte la surface cruentée par des fils métalliques. La méthode de *dédoublement* avec abaissement, a gagné beaucoup de terrain ces temps derniers, et Ricard (1), en particulier, a insisté sur ses avantages. La tranche cruentée est affrontée soit par un seul plan de suture (Ricard), soit par 2 plans de suture (Quénu, Valchez, Fenomenoff) dans le même sens ou dans un sens réciproquement perpendiculaire (Legueu), soit encore suivant trois plans superposés (Assaky).

b) *Blessures de l'uretère.* — Les blessures de l'uretère sont d'un pronostic beaucoup plus grave. Elles ont donné lieu à une discussion de la Société de Chirurgie en 1896. Richelot, Bœckel, Lannelongue, Demons, Segond, etc., etc., nous ont fourni des observations que Tuffier a rassemblées. Cestan (2), dans une revue récente, a clairement exposé la question. A l'uretère, comme à la vessie, il y a parfois des fistules préparées par le cancer. Et si l'on tient à dépasser largement les limites du mal on intéresse le conduit (cas de Novaro). C'est surtout les fistules non cancéreuses qui, au point de vue de leur pathogénie, doivent être étudiées de près, afin que l'opérateur puisse se mettre en garde contre un tel accident. Selon Cestan, le mécanisme de cette blessure est le suivant :

Convergeant vers le trigone vésical, ces conduits dessinent un V oblique en bas et en avant, dans lequel, au contraire, oblique en bas et en arrière, au moins à l'état normal, s'enfonce un véritable coin formé par l'uretère et les anses artérielles qui longent ses bords. Le sommet de ce coin, le col, affecte avec les uretères des rapports d'autant plus intimes que des anses artérielles utérines s'échappent et rayonnent une série de branches vasculaires qui enveloppent ces canaux étroitement. Si l'on tire sur lui pour l'abaisser, le col, entraîné en bas et en avant, vient comme l'a montré Ricard, s'enclaver plus encore dans les uretères, appliquant ainsi ses conduits sur les côtés du cul-de-sac vaginal antérieur, les rapprochant des anses utérines. Or la technique de certains opérateurs (Péan, Segond) et peut-être la nécessité de certains cas difficiles, veulent que, dans le premier temps de l'hystérectomie, on pratique l'excision du col, précédée de sa désinsertion soignée et du pincement des artères utérines. Que le col soit gros, sa libération incomplète, les tractions exercées sur lui trop fortes et mal dirigées, que le bec de la pince s'égare latéralement au lieu de raser l'utérus, et l'uretère est pris. D'ailleurs, soit oubli, soit ignorance des conseils de Richelot, ne néglige-t-on pas le plus souvent de placer les pinces avec la main correspondant au côté malade ? d'où pour saisir l'utérine droite, une manœuvre pénible, moins exacte, un entrecroisement qui dirige précisément le bec de la pince en dehors vers l'uretère droit. Et c'est pour cela, comme nous l'apprenons de Tuffier, que les fistules doivent siéger et siègent à droite dans les quatre cinquièmes des cas. »

Dans d'autres cas plus rares, la pince utérine lâche, une hémorragie se produit, on fait un pansement un peu au hasard, ou bien la malade est reportée dans son lit, on est pris au dépourvu, et l'on ne voit pas bien clair, on pince ce qu'on trouve, et en particulier l'uretère, comme dans un cas de Tuffier.

Enfin il y a des fistules rares, consécutives à la chute d'eschares plus étendues qu'à l'ordinaire (Routier). De cette étude minutieuse, Cestan conclut : « La cause presque exclusive des fistules uretéro-vaginales post-opératoires c'est, on doit le répéter, le pincement préventif des utérines au deuxième temps de l'hystérectomie. Au procédé de Péan-Segond, il faut donc préférer hardiment ceux qui ne comportent pas d'emblée l'excision du col et rejettent à la fin de l'opération l'hémostase des ligaments larges, alors devenue sans danger ; telles les méthodes de Quénu, de Doyen, applicables tous les jours davantage, même à des cas difficiles, adhérents, qui ne semblaient pas pouvoir en profiter tout d'abord. » Cestan.

(1) Voir la thèse très documentée de Martin sur le traitement des fistules vésico-vaginales, Paris, 1896.
(2) Cestan. — Des fistules urétéro-vaginales post-opératoires et de leur traitement. *Gazette hebdomadaire*, 23 février 1896.

Ces fistules ne sont pas absolument rares, puisque Tuffier n'en a pas relevé moins de 40 cas, Segond en compte 10 cas, Richelot 2 ou 3 cas. Bouilly et Quénu n'ont jamais pincé l'uretère ; mais comme Doyen, Quénu et nous-mêmes, Bouilly ne conçoit pas les avantages de l'hémostase préventive des utérines et il ne pratique pas cette manœuvre. Cliniquement, il est parfois difficile de distinguer les fistules uretéro-vaginales des fistules vésico-vaginales. Les injections de liquide coloré ou de lait dans la vessie, passent pour un moyen certain de reconnaître une fistule vésicale. Mais voici que Ricard, Tuffier, Richelot démontrent que bien des fistules vésico-vaginales, lesquelles sont sinueuses, sont aussi impénétrables à l'injection que les fistules de l'uretère. C'est pourquoi, dit Richelot, beaucoup de fistules uretérales, mais en réalité vésicales, guérissent parfois spontanément. Quant au cathétérisme, avec un stylet ou une très fine bougie, il peut donner des résultats opposés, suivant l'époque où on le pratique ; il se produit un rétrécissement tartif de l'uretère, qui complique singulièrement l'intervention (1).

Des différents traitements, la *néphrectomie* n'est qu'un pis-aller. Elle paraît justifiée lorsque le rein correspondant est lésé (Routier), cependant ce n'est pas toujours le traitement de choix, même en pareil cas, car Cestan fait cette remarque que bien des pyélonéphrites peuvent guérir, surtout lorsqu'on a détruit les obstacles mécaniques qui en étaient la cause et l'entretien (cas de Bazy et de Rouffart). Sait-on d'ailleurs jamais avec certitude l'existence et l'état du rein opposé ?

Les greffes de l'uretère soit à la peau (Le Dentu, Pozzi, Trekaki), soit dans l'intestin (Bardenheuer, Chaput, Kuster), déplacent, sans la guérir, l'infirmité. Le cloisonnement vaginal est mauvais. Aussi l'avenir paraît appartenir à l'*uretéro-cysto-néostomie*, non par voie vaginale, car elle échoue presque constamment, ni par *voie vésicale* qui est peu pratique, mais bien par la *voie abdominale* (opération de Bazy et Novaro) ; celle-ci a d'ailleurs donné déjà de fort belles guérisons.

c) *Les blessures du rectum* sont d'ordinaire faciles à éviter. Mais, en cas d'adhérences pathologiques de l'utérus avec cet intestin, comme dans certaines suppurations pelviennes siégeant dans le Douglas, la paroi intestinale friable peut se laisser entamer. Comme l'a montré Jayle (2), il y a des lésions qui préparent l'accident. Ailleurs il y a même déjà de véritables fistules au moment de l'opération, l'abcès s'est évacué dans le rectum et a laissé un trajet fistuleux. En l'absence de ces conditions préexistantes, nous croyons, comme Segond, qu'il est à peu près impossible de blesser le rectum. Les accidents en question ne sont pas extrêmement rares, puisque Baudron (3), dans la statistique de Segond portant sur 200 cas, en relève 9 cas. Dans 3 de ces cas, la fistule s'est fermée spontanément. Si l'on redouble de précaution dans les cas de pelvi-péritonite du Douglas, on peut le plus souvent éviter de trouer le rectum. Le fait ne serait pas bien grave d'ailleurs, d'après Segond (4), « car j'en ai, dit-il, observé un certain nombre, et toutes, sans exception, ont guéri spontanément sans la moindre intervention secondaire.

d) *La blessure de l'intestin grêle* s'observe dans des conditions très similaires. L'entérocèle adhésive existe déjà. Au moment où l'on procède à l'énucléation de l'utérus ou des annexes, et au milieu de ce tissu inflammatoire, le doigt entre dans l'intestin friable. C'est presque toujours de l'S iliaque qu'il s'agit. On a dit aussi que certains auteurs, en faisant l'hémostase, avaient eu le malheur de pincer en même temps l'intestin. Mais ces faits ne sont pas publiés. Récemment Routier (5), en communiquant sa statistique d'hystérectomies pour fibromes, nous a fait connaître un cas de pincement de l'appendice. Il se produisit un sphacèle énorme de toute la fosse iliaque, la malade mourut. Il est certain qu'en l'absence d'adhérences péritonéales étendues, la blessure de l'intestin peut avoir les conséquences les plus graves. On ne saura jamais mettre trop de soins à décortiquer les annexes de l'intestin qui y adhère.

(1) Des fistules uretérales. Thèse de Baigues, Paris, 1895-1896.
(2) Jayle. — Pathogénie de quelques fistules recto-vaginales. *Annales de Gynécologie*, 1896.
(3) Baudron. — De l'hystérectomie vaginale. Thèse de Paris, 1894.
(4) Segond. — *Progrès médical*, 1896-1897.
(5) Routier. — *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1898.



3° *Complications du troisième temps.* — C'est l'*hémorragie* pendant l'opération. Elle n'est connue que des chirurgiens qui pratiquent l'hémostase préventive avec morcellement. En effet, les sections *transversales* faites dans l'utérus saignent lorsqu'elles dépassent un peu le niveau de la zone forcipressurée préventivement. Au contraire, celui qui ne quitte jamais la ligne médiane n'a jamais d'accident hémorragique, même en ne faisant aucune hémostase préventive, puisqu'il reste constamment éloigné des pédicules vasculaires et que la ligne médiane est avasculaire, ainsi que Quénu n'a cessé de le répéter.

4° *Complications du quatrième temps.* — C'est encore l'*hémorragie* qu'on observait autrefois lorsqu'on n'employait que les ligatures. Les fils de l'utéro-ovarienne, très difficiles à placer, glissaient. Trélat, Terrier, Richelot ont insisté sur cet obstacle qui a fait naître la forcipressure à demeure de Richelot. Aujourd'hui, cette hémorragie s'observe encore quelquefois lorsque les pinces d'hémostase ligamentaire glissent ou sont mal placées, mal serrées, ou qu'elles n'offrent pas une résistance suffisante. Un précepte formel est de ne jamais terminer l'opération sans s'être assuré que la tranche des moignons forcipressurés est absolument sèche. Sinon, il faut se résoudre à mettre des pinces supplémentaires. Parfois, c'est la section du vagin qui saigne ; on l'hémostasie avec quelques pinces à forcipressure longuettes.

5° *Complications tenant au pansement.* — C'est souvent au pansement et à la manière de le faire qu'est dû l'un des accidents les plus graves de l'hystérectomie vaginale, l'*occlusion intestinale.* Il est peu d'hystérectomistes qui n'en aient à leur passif un ou plusieurs exemples. En 1892, W. Asthon (1) en avait réuni 8 cas dus à des adhérences de l'intestin avec la tranche vaginale. Quénu (2) a insisté sur ce sujet dans un mémoire en 1894. M. Segond a inspiré l'excellente thèse de Giresse (3). Jacobs (4) en mentionne 9 cas personnels dans sa statistique publiée en 1896. La même année, au Congrès de Genève, Guttierez, Jacobs, Reynier, prennent la parole à propos de cette occlusion intestinale consécutive à l'hystérectomie vaginale.

Les causes sont de deux ordres bien distincts : 1° d'origine *infectieuse* et péritonéale, ce sont des pseudo-étranglements, ou iléus paralytiques, ou mieux des septicémies péritonéales à forme d'occlusion ; 2° beaucoup plus souvent, l'occlusion est due à un obstacle *mécanique.* Cet obstacle mécanique est, selon Giresse, soit une adhérence de l'intestin (avec une anse voisine, avec les pièces du pansement, avec la plaie vaginale), soit un étranglement par une bride épiploïque, soit une position vicieuse de l'intestin (volvulus consécutif à des adhérences), soit la compression de l'intestin par le pansement, soit la constriction de l'intestin par une pince. Quant au spasme de l'intestin dont parle Giresse, il n'est guère admissible. Il faut surtout retenir : l'occlusion par péritonite septique et l'occlusion par adhérence, soit après la tranche vaginale, soit après le pansement. Quénu, dans un cas, lors de l'enlèvement des tampons, ramena une anse intestinale qui y adhérait. Après réduction de l'intestin, tout rentra dans l'ordre et il n'y eut aucune suite fâcheuse. Reichel en a cité 2 cas analogues. Polk mentionne un autre cas où un refoulement de l'intestin a été suivi de mort.

Depuis que Quénu a observé cette complication, il a pris l'habitude d'enduire les tampons axiaux de vaseline stérilisée afin d'empêcher que l'intestin ne s'y agglutine. Dans un cas de Legueu, où le rectum se trouvait comprimé par le pansement, il a suffi d'enlever ce dernier pour que la guérison survienne. Il est souvent fort difficile de distinguer l'occlusion post-opératoire de la péritonite, sauf dans le cas où l'on perçoit les mouvements péristaltiques de l'intestin à travers la paroi ; alors c'est d'occlusion qu'il s'agit. Le pronostic de cette complication est très sombre, mais non absolument fatal comme le croyait Coë.

Il est clair que le perfectionnement de la technique rendra de plus en plus rare un tel accident ; le pansement, notamment, demande un soin tout spécial. Dans les cas favorables à cette manœuvre, on peut suturer l'un à l'autre les ligaments larges comme Quénu, Beverle et Mac Monagle l'ont recommandé pour le prolapsus, et nous-mêmes pour l'inversion utérine. Ainsi l'on formera un plancher lisse pour l'intestin. Dès le début de l'occlusion déclaré, on peut essayer un purgatif doux (Giresse), des lavements gazeux, l'électricité ; c'est le traitement de l'interne de garde ; mais il faut en arriver, aussi rapidement que possible, à un traitement chirurgical. Après avoir enlevé le pansement, si on reconnaît que celui-ci n'agissait pas par compression sur le rectum, on peut, à l'exemple de Quénu, pratiquer le toucher vaginal et détacher prudemment quelques adhérences. La laparotomie n'ayant jusqu'ici donné que des insuccès, c'est à l'anus iliaque qu'il convient d'avoir recours, ainsi que Segond l'a préconisé. Quénu qui a pu, dans un cas, pratiquer cette petite opération très précocement a guéri sa malade.

6° *Complications rapprochées.* — Nous avons mentionné déjà les accidents produits par la pénétration d'une *injection* poussée avec force dans le péritoine. Richelot et Potherat en ont signalé chacun un cas ; la mort en est la conséquence ; elle est subite ou tardive, selon qu'elle survient par spasme, intoxication ou septicémie péritonéale. La complication rapprochée la plus fréquente est l'***hémorragie*** à l'enlèvement des pinces. Nous l'avons observé à l'ablation des pinces après 48 heures, et aujourd'hui, beaucoup de chirurgiens en peuvent citer de semblables exemples, moins rares qu'on ne le croit généralement. Aussi Quénu a pris le parti de n'enlever les pinces que le matin du troisième jour. Dans un autre cas de Quénu, ce chirurgien a dû intervenir pour hémorragie due à un bris de pince. Séance tenante il fit une laparotomie mais la malade trop anémiée succomba. Dès qu'à l'enlèvement des pinces on constate une hémorragie, il faut mettre la patiente en travers de son lit, enlever les tampons, mettre des valves, chercher d'où vient le sang, pincer à nouveau les moignons ligamentaires. Cette manœuvre n'est généralement point facile par le vagin ; il ne faut pas hésiter à faire immédiatement la laparotomie pour aller assurer l'hémostase par en haut, dans certains cas.

On observe enfin, très rarement, il est vrai, des hémorragies tardives vers le dixième ou le quinzième jour ; elles sont dues à l'élimination d'eschares, mais ces hémorragies sont moins inquiétantes et moins abondantes que les précédentes.

IV. — Suites et complications éloignées.

Les suites d'une hystérectomie vaginale sont d'ordinaire remarquables par leur bénignité, et à ce point de vue, la réaction nous a paru toujours moindre que dans les laparotomies. Le pouls reste de bonne qualité, la température subit à peine une ascension de quelques dixièmes de degré. Le facies est calme, les douleurs abdominales nulles. Toutefois, il y a encore de temps à autres des *complications éloignées* à craindre. Parmi celle-ci, nous citerons les *eschares sacrées.* Elles paraissent ressortir des troubles trophiques, analogues au décubitus acutus d'origine spinale. D'après Legueu, elles seraient dues à l'irritation des nerfs du petit bassin sous l'influence de l'acte opératoire. Leur pronostic n'est pas spécialement mauvais, car elles se cicatrisent en trois ou quatre semaines. Les *hernies vaginales*, signalées par quelques chirurgiens, méritent à peine mention. Enfin, on observe assez souvent chez les Femmes jeunes, à la suite de la castration vaginale totale, des troubles nerveux et congestifs variés, comme à la suite des castrations ovariennes simples, bouffées de chaleur, vertige, accès d'oppression, poussées de congestion pulmonaire, gonflement douloureux des reins, épistaxis, hémoptysies, obésité, dyspepsie, changement de caractère, irritabilité neurasthénique, insomnie, amnésie, psychoses post-opératoires (1). Il ne faut pas trop s'inquiéter de ces troubles, car pour Pouchet (2), qui les a étudiés récemment, ils s'atténuent avec le temps. Au surplus, nous dit Jayle (3), la médication ovarienne nous offri-

(1) Asthon W. E. — *The medical News*, 30 juillet 1892.
(2) Quénu. — De l'occlusion intestinale post-opératoire, *Gaz. des Hôpitaux*, 31 mars 1894.
(3) Giresse. — Thèse de Paris, 1895-1896.
(4) Jacobs. — *Bulletin de la Société belge de Gynécologie*, 1896, n° 3, p. 61.

(1) MarolIès. — Troubles psychiques consécutifs aux opérations pratiquées sur l'appareil génital de la femme. *Thèse de Paris*, 1897-98.
(2) Pouchet. — *Thèse de Paris*, 1897.
(3) Jayle. — De l'opothérapie ovarienne. *Revue de Chirurgie et Gynécologie abdominale*, 1898. Voir les travaux très nombreux de cet auteur sur ce sujet.



rait de précieuses ressources et une valeur relative, rapprochable de la médication thyroïdienne.

C'est avec intention que, dans ce chapitre de généralités, je me suis attardé à décrire les complications de l'hystérectomie. Dès maintenant, il ressort, qu'en dehors de certains troubles dus à l'état général ou local de l'opérée, la grande majorité de ces accidents sont d'ordre technique et que, par suite, presque tous sont faciles à éviter. Il est certain que les procédés ne donnent pas, pour les éviter, les mêmes garanties, mais l'étude individuelle de ces procédés, en démontrant la valeur relative de chacun d'eux, nous prouvera aussi que tous les éléments du problème sont aujourd'hui résolus, et que l'hystérectomie vaginale mérite, incontestablement, le qualificatif que lui a donné l'un de ses plus ardents défenseurs : « d'opération merveilleuse » (Segond).

REVUE FRANÇAISE

Dor. Blan. — DE LA GROSSESSE ET DU TRAVAIL APRÈS L'HYSTÉROPEXIE ABDOMINALE ANTÉRIEURE. *Procédé du professeur* LAROYENNE. (*Echo médical de Lyon* 1898, p. 298.)

Pendant la grossesse, l'utérus prend des formes variées suivant les différentes époques, et cela tient à ce que toutes les parties de l'organe ne se développent pas simultanément. C'est principalement le fond qui se développe ; pendant les six premiers mois, il fournit presque toute l'étoffe nécessaire au développement. Dans les trois derniers mois seulement la partie inférieure se développe à son tour, et l'utérus prend alors la forme d'un ovoïde, dont la grosse extrémité serait tournée en haut.

Ce développement de l'utérus par le fait de la gravidité, doit être pris en considération, afin de réaliser dans une hystéropexie (1), toutes les conditions nécessaires au point de vue d'une grossesse ultérieure. Cependant il est très curieux de voir, dans tous les traités classiques de gynécologie, à la description des nombreux procédés d'hystéropexie, que presque tous les auteurs font bon marché de cette notion capitale que c'est le fond de l'utérus qui fournit presque toute l'étoffe nécessaire au développement causé par la gravidité et comprendre presque constamment ce fond dans leurs sutures.

Pour n'en citer que quelques-uns parmi les plus usités (2), nous avons, dans le procédé de Léopold, trois points de suture : le premier point sur la ligne qui réunit les deux ligaments ronds, le deuxième au-dessus, et le troisième sur le fond ; dans le procédé de Czerny, deux points de suture sur la paroi antérieure près du fond ; dans le procédé de Terrier, trois points de suture : un au niveau du point de jonction du col et du corps, un au milieu du corps, un très près du fond.

A la suite de la description de ces procédés, dans le *Traité de gynécologie* de M. Auvard, on peut lire cette phrase sur les rapports de l'hystéropexie avec la grossesse : « Elle n'empêche pas le développement normal de la grossesse, quoique prédisposant à l'avortement. » Mais il nous semble que c'est l'avortement qui doit être la règle dans ces conditions et la grossesse à terme l'exception.

On comprend très bien dès lors que M. le Dr Lucien (3), dans sa thèse sur l'influence de l'hystéropexie abdominale antérieure sur les grossesses ultérieures, ait pu dire :

Nous ne voyons que trois hypothèses capables d'expliquer l'évolution régulière d'une grossesse dans un utérus fixé à la paroi :

« Ou bien il faut que ces adhérences s'étirent, se déchirent et finalement disparaissent, au risque de voir se reproduire après l'accouchement la déviation utérine ;

« Ou bien, enfin, que les parois non fixées de l'utérus fournissent l'étoffe nécessaire au développement complet. »

Et il montre plus loin que, dans cette dernière hypothèse, les ruptures utérines ne sont plus rares, par suite de la distension exagérée, supportée par une des parties seulement du corps utérin, distension à laquelle participe normalement toutes les parties de l'utérus.

Evidemment les faits doivent se passer ainsi (et de nombreuses observations (4) le prouvent), toutes les fois que l'on comprendra dans les sutures fixatrices la partie antéro-supérieure de l'utérus.

Il ressort de l'étude des modifications de l'utérus pendant la grossesse, qu'il y a une partie du corps utérin qui ne prend qu'une part minime à son accroissement. C'est la partie de *la face antérieure limitée par les ouvertures tubaires en haut et par l'ithme en bas*. Cette portion de l'utérus ne subit que trop peu de changement pendant le processus gravidique et son déplacement ne consiste que dans une excursion verticale de quelques centimètres lorsque l'utérus monte en bloc dans la cavité abdominale, déplacement qui est achevé vers le troisième ou quatrième mois de la grossesse.

(1) Cette étude n'a pour objet que l'hystéropexie dite directe, c'est-à-dire où le corps de l'utérus est fixé à la paroi abdominale antérieure.
(2) *Traité de gynécologie*, de Pozzi, 1896.
(3) LUCIEN. Thèse de Nancy, 1896.
(4) LEMORT. Thèse de Bordeaux, 1894. — FRAIPONT, *Ann. méd. chir.*, Liège 1891. — *Centralblatt.*, F. Gynæk, 21 février 1891 ; GOTHSCHALK, etc.

La fixation portant sur cette partie n'apportera donc que peu de gêne au développement utérin.

Sinclair (1) avait déjà précisé dans son mémoire que c'était la face antérieure et non le fond de l'utérus qu'il fallait comprendre dans les sutures, mais il ne cherchait qu'à obtenir une fixation solide et n'avait point en vue les grossesses ultérieures.

Le point de vue obstétrical de la question de la fixation, a été envisagé pour la première fois par M. le professeur Laroyenne ; voici son enseignement (2) : chez les femmes hystéropexiées, pour n'importe quelle cause, nous ne redoutons pas l'épreuve de la grossesse et de la parturition. J'ai étudié la coupe congelée de Braune (Femme en travail) et j'ai constaté :

1° Que l'orifice de la trompe se trouve en avant de l'axe utérin.

2° Que cet orifice est situé à égale distance du fond de la matrice et d'un plan horizontal passant par l'orifice interne, ce qui démontre que le développement de l'utérus se fait surtout par la paroi postérieure et par le fond, et que, dans l'hystéropexie, les fils fixateurs doivent se trouver exclusivement sur la paroi antérieure et ne pas dépasser en haut le plan des orifices tubaires.

Cette règle doit être absolument immuable dans une hystéropexie conservatrice, chez la Femme qui n'est pas encore arrivée à la ménopause. L'instrumentation spéciale du procédé de M. le professeur Laroyenne, permet de l'observer sans aucune difficulté ; en effet, grâce au gros hystéromètre, qui soutient l'utérus, on peut passer les fils aussi bas que l'on veut sur la face antérieure.

D'un autre côté, la partie de l'utérus sur laquelle porte la fixation, se trouve, du fait de l'opération, portée à peu près à la limite supérieure qu'elle atteindrait dans l'évolution normale de l'utérus, donc, pas de traction exagérée qui puisse modifier ou rompre les adhérences.

De cette façon, la fixation apportera peu de gêne à l'ampliation de l'utérus au cours d'une grossesse ultérieure et réciproquement l'évolution d'une grossesse se faisant avec peu d'efforts sur la fixation, l'intégrité des adhérences aura plus de chances de subsister.

Les observations cliniques montrent que ces vues théoriques se sont trouvées parfaitement réalisées dans la pratique.

En somme : 1° il y a lieu de se préoccuper, au cours d'une hystéropexie conservatrice, de l'éventualité de grossesses ultérieures.

2° La grossesse à terme et l'accouchement normal sont possibles, à condition de ne pas s'écarter d'une règle portant sur la partie de l'utérus où devront être placées les sutures hystéro-fixatrices.

3° Cette règle, énoncée par M. le professeur Laroyenne, est la suivante : les sutures devront toujours être placées sur la face antérieure de l'organe, un peu au-dessous de la ligne passant par les ouvertures des trompes et surtout sans empiéter sur les faces latérales.

4° Le procédé de M. le professeur Laroyenne présente, grâce à l'instrumentation spéciale de son manuel opératoire, toutes les facilités nécessaires pour observer cette règle.

Chaput. — TRAITEMENT DES ABCÈS PELVIENS PAR LA PONCTION VAGINALE AU MOYEN DE LA PINCE-TROCART. (*Archives de Thérapeutique clinique*, 1898.)

VARIÉTÉS DE SIÈGE DES ABCÈS PELVIENS. — On peut distinguer les abcès pelviens, d'après leur siège, en antérieurs, postérieurs et latéraux.

Les ABCÈS POSTÉRIEURS se divisent en plusieurs variétés :

1° *Abcès sous-péritonéaux*, produits alors par l'extension d'une suppuration des ligaments larges ;

2° *Abcès intrapéritonéaux* (pelvipéritonite suppurée, hématocèle suppurée) ;

3° *Abcès intratubaires ou ovariens* ; ces derniers sont, ou bien très élevés et inaccessibles par le vagin, ou moins élevés et accessibles par cette voie.

Les ABCÈS ANTÉRIEURS reconnaissent des variétés analogues : abcès sous-péritonéaux d'origine lymphatique, abcès intrapéritonéaux du cul-de-sac vésico-utérin, abcès intratubaires ou ovariens plus ou moins élevés.

Les ABCÈS LATÉRAUX se divisent en :

1° *Postéro-latéraux* (sous-péritonéaux, intrapéritonéaux, intratubaires ou ovariens, accessibles ou élevés) ;

2° *Latéraux proprement dits* : Abcès bas situés de la gaine hypogastrique, abcès haut situés de la gaine de l'utéro-ovarienne (variétés décrites par Delbet) ;

3° *Antéro-latéraux*, avec les variétés déjà signalées (sous-périto-

(1) SINCLAIR. *Manchester Chronicle*. Ap., 1894.
(2) Congrès de Bordeaux, 1875.— Section de gynécologie.



néaux, intrapéritonéaux, intratubaires ou ovariens, bas ou élevés).

Ajoutons encore les cas complexes où plusieurs variétés d'abcès coexistent.

Le point important, au point de vue thérapeutique, c'est la situation basse ou élevée des abcès; les abcès élevés étant, seuls, une contre-indication à l'incision vaginale, tandis que tous les autres en sont justiciables.

Manuel opératoire. — Le manuel opératoire que j'emploie est des plus simples. L'opération se fait sans valves, sous le seul contrôle du doigt; elle dure quelques secondes.

L'index gauche est introduit dans le vagin, un aide déprime la paroi abdominale, de façon à refouler l'abcès en bas. Je saisis, de la main droite, une pince pointue, spéciale, que j'ai fait construire, *pince-trocart*, avec laquelle j'embroche l'abcès à travers les parois vaginales. J'agrandis l'orifice de la ponction en écartant les mors de la pince; le pus s'écoule. L'index gauche va à la recherche des autres poches qui pourraient coexister, et le même traitement leur est infligé. Je nettoie le vagin et la poche avec des éponges montées, puis je fais l'hémostase avec une grosse éponge qu'on laisse à demeure pendant quarante-huit heures (procédé de Laroyenne); au bout de ce temps, j'enlève l'éponge et je la remplace par un gros tube de caoutchouc de 14 millimètres de diamètre, muni d'ailettes, grâce auxquelles il ne peut tomber dans le vagin. A partir de ce jour, l'opérée est mise aux injections vaginales données par une garde. De temps en temps, le chirurgien nettoie le vagin avec des tampons; il change le tube quand celui-ci paraît altéré. Le tube est chassé par les progrès de la cicatrisation; il tombe au bout de trois à cinq semaines.

Resultats. — J'ai fait quarante fois la ponction vaginale pour des abcès pelviens; toutes nos opérées ont guéri sans exception.

Deux fois j'ai vu survenir des fistules recto-vaginales dans des cas où l'abcès était sur le point de s'ouvrir dans le rectum; ces fistules ont guéri spontanément en quelques semaines.

La plupart des malades guérissent en trois ou cinq semaines. Au début, quelques-unes ont guéri plus lentement, lorsque je faisais des injections dans la poche; j'ai ensuite supprimé cette pratique. Les abcès intrapéritonéaux, sous-péritonéaux et les abcès tubaires ou ovariens, à parois minces, guérissent en 6 ou 8 jours. Les tubes à ailettes sont inutiles ici; des mèches de gaze suffisent. Seules les poches tubaires, à parois épaisses, demandent de quatre à cinq semaines pour guérir au moyen du drain.

Deux de mes malades sont guéries, sans récidive, depuis six ou huit ans.

Toutes les autres, plus récentes, ont guéri, sans autre opération et sans récidive, à l'exception de deux malades, dont le traitement consécutif n'a pu être surveillé par moi. La récidive peut être attribuée, soit à un défaut de traitement, soit à une nouvelle inoculation des trompes par l'utérus.

Je citerai, entre autres observations, le cas d'une malade qui présentait, avec de la fièvre, une tumeur pelvienne avec un utérus gros et mou; j'avais diagnostiqué grossesse extra-utérine rompue. Je fis la laparotomie, qui me permit de constater une grossesse utérine avec une tumeur pelvienne suspecte entourée d'adhérences nombreuses. Soupçonnant un abcès et voulant éviter l'inoculation du péritoine, je fis immédiatement la ponction vaginale avec ma pince-trocart; il s'écoula des flots de pus, et l'abcès fut traité comme à l'ordinaire.

Revenant ensuite à l'abdomen, je constatai un suintement sanguin persistant, résultant probablement de la décompression produite par l'évacuation de l'abcès. Je tamponnai à la gaze et je suturai le ventre.

La malade guérit sans élévation de température; la grossesse suit son cours, et l'abcès sera fermé dans quelques jours.

Indications opératoires. — J'attaque systématiquement, par la ponction, toutes les poches accessibles, et, par accessibles, j'entends celles que ma pince-trocart peut atteindre. Souvent j'emploie la ponction comme moyen de diagnostic lorsque l'abcès n'est que soupçonné.

Enfin, nous avons vu que la ponction vaginale pouvait succéder à une laparotomie exploratrice révélant des contre indications à l'opération par la voie haute. Lorsque les poches sont très élevées, je les attaque par la laparotomie.

Je réserve l'hystérectomie vaginale :

1° Aux cas où la laparotomie révèle des lésions trop graves pour une opération intrapéritonéale;

2° Lorsque la ponction, répétée à plusieurs reprises, a complètement échoué, et que l'utérus est englobé dans une gangue inflammatoire située au voisinage du vagin.

Quoi qu'il en soit, je dois dire que sur mes quarante opérations vaginales, je n'ai pas une seule fois été obligé de faire une laparotomie ou une hystérectomie secondaire.

Camelot. — SUR UN CAS DE KYSTE DU VAGIN. (*Journal des sciences médicales de Lille*, 1898, p. 449).

C. D..., 28 ans, ménagère. Elle a eu trois enfants; après son premier accouchement, elle a eu des accidents de métrite, pour lesquels elle a subi un curettage utérin. Elle entre à l'hôpital pour une tumeur, apparue à la vulve peu de temps après son dernier accouchement, il y a environ huit mois. Cette tumeur est simplement gênante, et n'occasionne aucun trouble fonctionnel.

L'examen de la malade permet de constater que l'utérus est en bonne position, et que les annexes gauches sont un peu sensibles. La tumeur atteint le volume d'un petit œuf de poule; elle fait saillie sur la paroi antérieure du vagin, à 5 centimètres environ du méat urinaire, à un travers de doigt du col utérin. A sa surface, la muqueuse vaginale est déplissée, blanchâtre, comme cutanisée. Sa consistance est molle; elle est réductible dans le vagin et, lorsqu'elle est réduite, c'est à peine si le doigt la soupçonne encore. Par le cathétérisme, la sonde ne pénètre pas dans la tumeur; aucun liquide n'en sort à la pression.

L'absence de communication avec l'urèthre et la vessie fait éliminer l'idée d'une uréthrocèle et d'une cystocèle. Le diagnostic reste en suspens entre une colpocèle antérieure simple, et un kyste du vagin. Contre cette dernière hypothèse; il y a la mollesse et la réductibilité presque complète de la tumeur. C'est seulement après plusieurs examens, et lorsque, en étreignant la tumeur à sa base, on peut constater qu'elle était un peu rénitente, qu'on fit le diagnostic de kyste du vagin.

L'extirpation en fut faite par dissection après une incision elliptique de la muqueuse vaginale, qui permit d'enlever de celle-ci un lambeau assez large. La plaie fut suturée au catgut.

Les suites opératoires furent très bénignes; la malade sortit au dixième jour, complètement guérie.

L'examen de la pièce a été fait par M. Danel, qui a bien voulu nous communiquer la note suivante :

La poche contenait vingt grammes environ d'un liquide visqueux, opaque, laiteux, sans odeur. Ce liquide, examiné au microscope, ne montrait comme éléments figurés que quelques débris épithéliaux peu caractéristiques et un certain nombre de globules blancs.

La pièce a été fixée dans la solution de formol 1 %. Un fragment choisi sur la portion du kyste qui était coiffée de la muqueuse vaginale a été ensuite durci dans l'alcool à 95° et inclus dans la celloïdine. Les coupes ont été colorées au carmin aluné. Elles se présentent à l'œil nu sous forme de bandes étroites, offrant sur un de leurs bords un élégant liseré rouge qui représente l'épithélium pavimenteux du vagin.

Au microscope et en partant de ce bord de la coupe, on rencontre successivement la muqueuse vaginale avec ses lacunes pseudo-glandulaires et les papilles de son chorion. Au-dessous se trouvent les deux couches musculaires, longitudinale et circulaire, du conduit. Cette tunique est immédiatement en rapport avec une zone de tissu conjonctif assez lâche et très vasculaire qui contient en particulier un certain nombre de capillaires lymphatiques bien développés. On arrive alors à la paroi du kyste, dont le tissu connectif serré renferme un grand nombre de vaisseaux. Cette paroi ne paraît pas contenir de fibres musculaires. L'épithélium, vu à un fort grossissement, est à une seule assise de cellules cylindriques à plateau, sans mélange de cellules caliciformes. En certains points, les éléments sont devenus cubiques. Il n'y a pas de cellules à cils vibratiles.

Nous n'insisterions pas autrement sur ce cas, qui se rapporte à une affection aujourd'hui classique, s'il n'avait présenté des difficultés véritables de diagnostic. L'idée d'une uréthrocèle ou d'une cystocèle pouvait être facilement écartée, en raison de l'absence complète de communication entre la poche et l'urèthre ou la vessie, ce dont un simple cathétérisme permettait de se rendre compte. Au contraire la mollesse du kyste qui, une fois rentré dans le vagin, se confondait avec la paroi antérieure du conduit au point qu'on n'y soupçonnait même plus sa présence, rendait bien difficile le diagnostic avec une colpocèle antérieure simple, et il a fallu plusieurs examens pour y arriver. C'est d'ailleurs un fait fréquent que cette mollesse des kystes du vagin, due à la faible tension de leur contenu — et il est bon de s'en souvenir.

Nous ne dirons rien de la pathogénie de notre kyste, sinon que conformément à la théorie qu'admettent de nos jours la plupart des auteurs, nous en plaçons l'origine dans les débris des canaux de Wolf qui primitivement accolés à la partie antérieure des canaux de Muller, s'atrophient, tandis que ceux-ci constituent l'utérus et le vagin. La structure de l'épithélium qui tapisse la paroi interne de ce kyste nous semble être un argument de plus en faveur de cette pathogénie, et c'est pourquoi nous avons tenu à en déterminer les caractères.

REVUE ITALIENNE

La Torre. — NOUVEAU PROCÉDÉ DE RESTAURATION DU PÉRINÉE POUR LES DÉCHIRURES INTERSTITIELLES. (*Brochure*, 8°, 1898.)

A côté des grandes déchirures périnéales intéressant la peau et les plans aponévro-musculaires sous-jacents, existent, comme on



sait, des déchirures dites interstitielles qui laissent la peau et le vagin intacts mais qui séparent l'un de l'autre sur la ligne médiane le releveur de l'anus, le transverse du périnée, le constricteur du vagin et leurs aponévroses respectives.

Plusieurs procédés ont été proposés pour réparer ces déchirures, d'autant plus graves qu'elles passent souvent inaperçues, bien qu'elles soient souvent qualifiées par les chirurgiens par la désignation anodine de *relâchement périnéal*. Or ce relâchement peut déterminer tous les accidents consécutifs aux grandes déchirures périnéales et notamment le prolapsus du vagin et de l'utérus.

Parmi les premiers procédés employés, il faut citer surtout ceux de Lawson Tait, de Sänger ; mais même avec les modifications apportés par Doléris, les résultats sont loin d'être satisfaisants; cela tient probablement au fait que ces procédés ne tendent qu'à rapprocher les plans relâchés, sans se préoccuper de suturer les portions musculaires dissociées.

C'est pour obvier à cet inconvénient que le prof. La Torre propose son procédé qui lui a donné de très bons résultats déjà dans trois cas, dont un date de plus de quatre ans.

Par ce procédé, l'auteur se propose : 1° d'enlever une longue portion de la peau et du vagin ; 2° d'aller à la recherche des plans musculo-aponévrotiques et de les réunir sur la ligne médiane de la même manière qu'on procède dans l'éventration ; 3° de former ainsi une barre épaisse de soutien beaucoup plus solide qu'avec le procédé Lawson Tait ou Doléris.

Voici l'opération.

Après avoir introduit un tampon d'ouate ou de gaze iodoformée dans le rectum et avoir fait distendre la vulve de chaque côté, par des aides, à l'endroit où les petites lèvres se réunissent aux grandes, on pratique une incision en V renversé (V) dont le sommet part plus ou moins haut du centre de la face postérieure du vagin et dont les deux branches vont vers les doigts des aides, c'est-à-dire vers la réunion inférieure des grandes aux petites lèvres. De ces deux points partent deux autres incisions qui descendent un peu obliquement de dehors en dedans jusqu'à la ligne de l'anus. On réunit ces deux incisions par une troisième légèrement courbe à concavité inférieure (anale) laquelle passe à quelques millimètres au devant de l'anus. On dessine de la sorte une sorte de mitre.

On dissèque dans le lambeau et on se trouve presque immédiatement en présence du plan aponévro musculaire périnéal rupturé. Celui-ci mis à nu et régularisé, on enlève le tampon anal de façon à diminuer la tension et après avoir passé le doigt dans l'anus, on pratique la suture de la façon suivante : On pénètre dans la marge de la masse aponévro-musculaire gauche de la patiente (droite de l'opérateur) qu'on perfore dans toute son épaisseur ; on transfixe ensuite avec l'aiguille la paroi rectale sur la ligne médiane et on la repasse enduite dans la masse musculo-aponévrotique droite. Trois ou quatre de ces fils étant appliqués, on les serre fortement de façon à réunir les deux marges musculaires l'une à autre.

Après avoir pratiqué cette suture profonde, musculo-aponévrotique, on réunit de la façon habituelle les téguments superficiels (peau, muqueuse vaginale).

Il en résulte une ouverture vulvaire très serrée et un solide périnée, bien doublé.

Pour que l'opération réussisse, il faut une antisepsie rigoureuse et un long repos intestinal déterminés par le voisinage de l'anus du champ de l'opération.

G. Chiarleoni. — Nouveau procédé pour le traitement du prolapsus génital. (*Archivo it. di Ginecol.*, 1898., n° 1, et *Arch. di Ost. e Gin.*, n° 7., 1898.)

Chiarleoni propose un procédé contre le prolapsus utéro-vaginal qui lui a fourni d'excellents résultats dans douze cas qu'il rapporte tout au long.

Son procédé est le suivant :

Il dissèque un triangle dans la paroi antérieure du vagin ayant pour base le col et pour sommet le tubercule inférieur de la colonne antérieure, puis il le suture à points séparés ou par une suture continue. Dans le cul-de-sac postérieur, il dissèque un autre triangle ayant pour base le col et le sommet, dirigé en bas, étant situé vers le milieu du vagin, il suture comme précédemment. Il fait ensuite deux incisions sur les côtés du col utérin, isolant ce dernier de la paroi-vaginale et dissèque plus ou moins haut la portion supra-vaginale du col. Alors, soit au bistouri, soit aux ciseaux il coupe en deux toute la portion décollée du col dans le sens transversal et passe des fils entre le lambeau vaginal antérieur et la lèvre antérieure du col, liant ainsi l'un à l'autre. Il procède de même pour la lèvre postérieure. Le dernier temps de l'opération ressemble à une colpopérinéorraphie.

A la suite de l'opération reste un infundibulum dû à l'ablation de la portion vaginale du col.

L. Weber.

REVUE ANGLAISE

G. J. Bond. — Sécrétion menstruelle des trompes chez la femme. Sa signification. (*Brit. Med. J.*, 4 juin 1898).

L'auteur a déjà publié (*J. of Physiology.*, fév. 1898) certaines observations relatives aux sécrétions normales et pathologiques de la trompe, chez la Femme et chez certains Mammifères. Il a continué ses investigations sur des trompes humaines *saines* obtenues par opération et au moment de la période menstruelle. Aussitôt coupées et durcies dans le formol à 5 ou 10 %, elles ont montré, les 1er, 2e, 3e, 4e et 5e jour de la menstruation, du mucus sanguinolent, semblable à l'extravasation menstruelle, tandis que, en dehors des règles, elles ne contenaient que du mucus clair ou légèrement opaque, mélangé de cellules épithéliales. A l'œil nu, c'était un mélange de mucus et de sang veineux. Au microscope, il consistait en globules rouges, quantité variable de leucocytes et quelques cellules épithéliales à des degrés divers de dégénérescence muqueuse. Dans un cas de dysménorrée, les leucocytes étaient particulièrement nombreux et infiltraient jusqu'à la musculeuse du conduit. Par contre, en dehors des règles, les leucocytes sont rares. Les villosités sont minimes, consistant seulement en un revêtement épithélial du pédicule fibro-vasculaire, et on ne trouve aucun globule rouge dans la lumière de la trompe. Ainsi, la congestion, la turgidité des vaisseaux, l'infiltration des leucocites et l'issue des globules rouges et blancs, sont les modifications caractéristiques de la muqueuse tubaire, dans son tiers utérin, pendant la période menstruelle. La sécrétion tubaire a été trouvée sanguinolente le 1er jour de l'apparition extérieure des règles, a duré toute la période et, dans un cas examiné 24 heures après l'arrêt du flux extérieur, mais où l'utérus contenait encore du sang, la sécrétion tubaire ne présentait plus de globules rouges, ce qui semble indiquer que le processus commence par la trompe, s'étend à l'utérus et s'arrête dans le même ordre. La présence du sang dans la trompe, dans ces conditions, a-t-elle son origine dans la trompe ou y reflue-t-il de l'utérus ? cette dernière interprétation est soutenable, par ce fait que, dans certains déplacements postérieurs, le reflux a pu être constaté, mais on peut lui faire les objections suivantes : 1° La sécrétion tubaire coïncide avec le flux extérieur ou même le précède ; 2° Il existe des modifications positives dans la muqueuse tubaire ; 3° Les examens de Femmes mortes pendant la menstruation sont rares ; or il a pu examiner l'utérus sain d'une jeune fille, 10 jours après la mort pendant les règles, et a constaté la présence du sang dans les trompes. Dans les cas d'imperforation de l'hymen et d'hématométrie consécutive, il n'y a pas, en règle générale de reflux dans les trompes, à moins de lésions de ces organes, 4° Des recherches sur les Animaux ont montré qu'il n'y a pas de reflux vers les trompes. Admettre que le liquide sanguinolent prend sa source dans la trompe, comme une véritable menstruation tubaire, semble aller contre ce fait que dans l'hydrosalpinx ou la dilatation kystique, le contenu est incolore et dépourvu de globules rouges. Mais ce liquide contient une forte proportion de chlorure de sodium qui a une propriété dissolvante sur les globules rouges, d'où mise en liberté de l'hémoglobine qui se résorbe. Il est possible, en outre, que l'augmentation de la pression intra-tubaire, dans l'hydrosalpinx, s'oppose à la transsudation menstruelle.

De toutes ces considérations, il résulte que, pendant la menstruation, la muqueuse tubaire est, comme la muqueuse utérine, le siège d'une congestion plus marquée, d'une leucocitose plus active et d'une sécrétion plus copieuse, triple phénomène qui accompagne l'ovulation et constitue la caractéristique de la période d'activité sexuelle.

Il est d'autres points intéressants relatifs à la sécrétion utérine et tubaire chez les Animaux, à l'état normal, pendant la gravidité et dans des conditions expérimentales, que l'auteur travaille à élucider et publiera ultérieurement. L'occurrence de la menstruation tubaire présente une certaine importance au point de vue de la pathologie humaine : une menstruation tubaire anormale peut favoriser la production de la grossesse extra-utérine. Beaucoup de dysménorrées sont d'origine tubaire, dues à des coliques de la trompe, aux efforts qu'elle fait, pour expulser un bloc muqueux et sanguinolent adhérent, surtout dans les cas où la douleur coïncide avec le 1er jour de la menstruation. Elle peut encore expliquer certains cas de péritonite récidivante : le processus étant provoqué par l'exsudation, à travers l'extrémité frangée, dans le péritoine, à chaque époque, même en l'absence de toute infection gonorrhéique ou autre. La menstruation tubaire expliquerait aussi certains cas d'hématosalpinx dans lesquels les plus minutieuses recherches n'ont pas permis de découvrir traces d'embryon.

Tout ouvrage dont il sera envoyé deux exemplaires sera annoncé et analysé s'il y a lieu.

R. PICHEVIN, *Directeur-Gérant*.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE DAIX FRÈRES.
Maison spéciale pour Journaux et Revues.



SOMMAIRE

Pathogénie de certaines formes de bartholinites

Par le Dr A. Castan (de Béziers),

Membre de la Société française d'urologie.

—

Depuis les thèses d'Hamonic et de Fauvel et les publications de St. Bonnet, la connaissance des abcès de la glande vulvo-vaginale s'est beaucoup perfectionnée et, à cette heure, on peut dire qu'il ne reste guère d'inconnues à dégager de leur étude. L'année dernière encore, Dujon leur consacrait une thèse très complète, et tout récemment J. Hallé leur réservait une importante place dans ses si intéressantes « recherches sur la bactériologie du canal génital de la Femme ».

Je viens ajouter à la série un cas récemment observé, parce que son mode pathogénique m'a paru prêter à quelques observations intéressantes.

Je fus appelé, il y a quelque deux mois, auprès d'une demimondaine de 42 ans, souffrant très vivement au niveau de la grande lèvre droite. Un mois auparavant, la malade, à la suite d'une course à bicyclette, avait éprouvé en ce point une sorte de pesanteur : cette gêne n'existait nullement auparavant et serait survenue brusquement, dès le lendemain. A ce moment, un médecin se contenta d'ordonner le repos. La sensation de gêne dura une huitaine de jours, puis la malade, lasse d'une trop forte abstinence, reprit l'usage des fonctions sexuelles, avec intempérance, avoue-t-elle. Dès ce moment, elle s'aperçut que la grande lèvre augmentait progressivement de volume, sans cependant que les douleurs fussent très nettes ; elles ne s'exaspéraient que pendant le coït. Peu après, celui-ci devient intolérable, et, le 6 septembre, la souffrance est continue et atroce, spontanément et plus encore à la pression, irradiant à l'aine et arrachant à la malade des cris perpétuels : la nuit est très agitée, et je suis appelé le 7 au matin.

C'est une personne vigoureuse, bien constituée et adipeuse. A l'examen, je constate au niveau de la grande lèvre droite une tuméfaction dure, légèrement rénitente. Les téguments externes ont conservé leur coloration normale. Avec deux doigts sous le vagin et la main gauche sur la face externe de la grande lèvre, on sent une tumeur lisse, du volume d'un œuf de poule, nettement limitée, se terminant en haut au niveau d'un plan passant un peu au-dessus du clitoris, surtout développée vers en bas, jusqu'à 1 centimètre environ de la ligne biischiatique, donc nettement périnéale. La double palpation elle-même ne permet pas d'y sentir la fluctuation : les manœuvres d'examen sont très douloureuses. La tuméfaction forme une saillie interne rétrécissant notablement l'orifice vulvaire *en avant* de la petite lèvre correspondante. Par le toucher rectal, on sent nettement le bord postérieur de la tumeur. La plus minutieuse inspection ne permet pas de découvrir, à la face interne de la petite lèvre, la *macule gonorréique*.

État général bon. T° = 37,5.

Pas de maladie antérieure. Légère métrite catarrale chronique, avec vagues douleurs dans le bas-ventre, surtout au moment des règles, et pertes blanches légères et subcontinues.

Je porte le diagnostic de *bartholinite suppurée* et je propose une intervention ; sur le refus de la malade, je conseille provisoirement des bains de siège tièdes et des injections au sublimé ; mais la nuit suivante est très mauvaise, et le 9 septembre je procède à l'évacuation de l'abcès. Une incision de 5 cm. environ est pratiquée parallèlement au bord antérieur de la grande lèvre, sur la face externe de cette dernière, le bistouri traverse une couche de 2 cm. de tissu dur, criant à l'incision. A cette distance, un flot de pus jaillit, jaune sale, fétide.

Agrandissement de l'incision interne, curettage et cautérisation au chlorure de zinc fort : le tampon pénètre dans une large cavité qui s'étend surtout vers le périnée.

Mèche iodoformée, pansement.

Dès le lendemain, 10 septembre, le volume de la grande lèvre est redevenu presque normal ; il ne s'écoule pas la moindre goutte de pus et la mèche retirée n'est tachée que de sang. Néanmoins, pour plus de sécurité, nouvelle cautérisation à l'acide phénique à 1/20 et nouvelle mèche. Dès le lendemain, en l'absence de tout écoulement pathologique, pansement à plat, et, le 5e jour après l'opération, la cicatrisation était parfaite, et la très impatiente malade reprenait l'usage des fonctions sexuelles. Le coït n'a plus été interrompu depuis, et le 5 novembre, la cicatrice linéaire, perdue au milieu des poils repoussés, ne pouvait même plus être un témoin de l'intervention, pour quiconque non prévenu.

Le pus de l'abcès, examiné au point de vue bactériologique, n'a montré qu'une seule espèce microbienne, que je crois pouvoir rapporter au Micrococcus fetidus de Veillon. D'autre part, les sécrétions utéro-vaginales ne renfermaient pas de Gonocoques.

La glande vulvo-vaginale, d'après les classiques, est située sur les parties latérales du vagin, au-dessous et *en dedans* du muscle constricteur de la vulve, recouvrant lui-même le bulbe du vagin ; elle est donc profonde. Le feuillet inférieur et l'aponévrose moyenne est immédiatement au-dessus d'elle ; l'étroite connexion des fibres du muscle de Guthrie, d'abord entre elles, en avant et en arrière du vagin, puis avec les parois mêmes de cet organe, ferme solidement vers en haut la loge glandulaire, beaucoup plus que le mince feuillet aponévrotique. En bas, au moins en avant, la glande est sanglée par le constricteur vulvaire doublé du lacis veineux vaginal : ce n'est certes point un obstacle à la propagation de ce côté. En effet, la glande normale se montre toujours sur le bord interne du muscle, et sitôt que son volume augmente, du fait de circonstances pathologiques, elle tend à se développer par là, rejetant en quelque sorte en dehors le bord interne du muscle. C'est la raison de l'hypertrophie très notable de la grande lèvre, et de ce fait que le bistouri n'a pas à sectionner le muscle pour atteindre la collection. La saillie de l'abcès est évidemment facile du côté interne, vers la cavité vulvo-vaginale dont elle est séparée par la seule épaisseur de la petite lèvre : en réalité, l'orifice du canal de Bartholin étant en avant de l'orifice inférieur du vagin et des productions hyméniales, c'est surtout dans la fosse naviculaire et à la face interne de la grande lèvre que pointe l'abcès.

En arrière, pour être classique, il faudrait dire que les fusées purulentes sont arrêtées par la réflexion du feuillet inférieur de l'aponévrose moyenne devenant superficielle ; ainsi s'expliquerait la rareté des propagations ischio-rectales. Mais nous savons bien aujourd'hui que la loge en pistolet n'est qu'une schéma démodé et qu'en réalité, le bord postérieur des lames superficielle et moyenne s'effiloche et ne ferme rien. Pourtant, je le répète, les fusées ischio-rectales, pour avoir été signalées dans des formes particulièrement virulentes, ou à tendance gangréneuse sont exceptionnelles, et, dans mon cas, le toucher rectal permettait de sentir nettement le bord postérieur très net de la collection. C'est que l'abcès est surtout maintenu par la capsule glandulaire, gangue conjonctive épaisse et très développée, et, sauf virulence extrême, c'est là une barrière suffisante à la propagation infectieuse.

Telle est la disposition anatomique. J'ai tenu à y insister parce qu'elle est fertile, en déductions pathologiques et thérapeutiques.

La pathogénie des bartholinites a été très éclairée par les récentes découvertes de la bactériologie. Dujon, sur 14 cas de forme aiguë classique, a trouvé 8 fois le Gonocoque ; Hallé



l'a rencontré 10 fois sur 34 cas. C'est donc, dans son prototype, une affection souvent blennorragique : une fois elle put être rapportée à la puerpéralité par Dujon ; il s'agissait du Staphylocoque blanc. Hallé a trouvé encore comme aérobies, un petit Bacille non pathogène 5 fois, le Staphylococcus epidermitis albus 1 fois, et comme anaérobies : le Bacillus fundibuliformis 8 fois, le coccus fœtidus de Veillon 6 fois, le Bacillus nebulosus 3 fois, et le Bacillus caducus 1 fois. Ces dernières espèces nous sont connues depuis les travaux des Allemands, en particulier Krönig et Menge ; mais ce qu'il faut bien savoir, c'est que ce sont des hôtes habituels du canal génital de la Femme à l'état sain. J'ajoute que Dujon a signalé plusieurs fois le Coli-bacille et ceci n'est guère pour nous susprendre, puisque ce microbe est un locataire fidèle du canal fibro-vaginal. Bien entendu, les associations microbiennes sont fréquentes.

Lorsque le Gonocoque est en cause, point n'est besoin de chercher bien loin l'explication pathogénique ; l'infection est canaliculaire et le pus se forme dans la glande comme partout : c'est le type classique de la bartholinite aiguë avec la tuméfaction rouge foncé et la macule gonorréique, orifice congestionné du canal excréteur, très nettement visible à la face interne des nymphes : par pression on fait sourdre le pus soit par cet orifice, soit par une perforation fistuleuse.

Plus délicate, je crois, est l'interprétation de mon cas, ainsi que de ceux où l'on n'a pas trouvé le Gonocoque. J'ai dit, en effet, que tous les Microbes rencontrés ne sont pas habituellement pathogènes, habitent normalement la vulve et le vagin, et nul doute qu'il s'en trouve dans la glande de Bartholin la plus saine. Et cependant, à tout bien considérer, ce n'est que rarement que l'infection est réalisée. Il faut donc des conditions qui la préparent, qui puissent exalter la virulence de germes habituellement inoffensifs.

Mon cas me semble particulièrement favorable à l'explication des accidents en pareille circonstance. Sous l'influence du traumatisme, ici une course à bicyclette, une légère inflammation s'est produite au niveau de la glande vulvo-vaginale ; cette inflammation a provoqué, par un processus facile à saisir, l'obturation du canal excréteur et en même temps une exagération de la sécrétion normale : la glande est devenue kystique. Ces phénomènes correspondent sans doute à la période de simple gêne du début, qui dura une huitaine de jours. Puis le coït est repris ; les traumatismes fréquemment répétés exagèrent la congestion ; la virulence augmente progressivement, pour aboutir finalement à l'explosion des accidents aigus. Le vrai diagnostic, qui ressort de ces considérations pathogéniques me semble donc être celui de *kyste secondairement enflammé*.

En somme, les exemples d'une semblable pathogénie se rencontrent ailleurs. Et je suis frappé de l'analogie de ces phénomènes avec ceux que nous constatons chaque jour pour les *infections vésicales*. Il faut aussi le plus souvent à ces infections des conditions adjuvantes, dont le rôle important vient encore tout récemment d'être mis en lumière dans le remarquable rapport de MM. Guyon et Albarran au dernier Congrès de l'Association française d'urologie. En dehors et audessus du génie propre du Microbe, les auteurs ont nettement établi les circonstances qui créent la réceptivité et l'entretiennent. Depuis longtemps déjà nous avions entendu M. Guyon insister sur l'importance capitale de la *rétention* : aucun organisme infectieux, sauf un, le Proteus, et le Coli-bacille à dose massive, ne fait exception à cette règle. Dans leur rapport, Guyon et Albarran ajoutent à la rétention, comme adjuvants des infections vésicales, le *traumatisme* et la *congestion*. Je sais bien que ce sont là, pour la plupart, faits de pathologie générale que nous connaissons bien depuis les travaux de l'école de Bouchard sur le Microbe, le terrain, l'exaltation ou la création de la virulence, etc.... Encore appartenait-il à la clinique de bien appliquer chaque condition à chaque cas. Et l'analogie, je le répète, me semble surtout frappante avec la vessie.

Dans mon cas, tous les termes du problème se trouvent réunis ; il y a eu rétention, puisque le canal excréteur était imperméable et que la pression ne pouvait faire sourdre la moindre goutte de pus ; il y a eu traumatisme et congestion. Le traumatisme fut primitif, chocs de la région contre la selle de la bicyclette, entraîna la congestion et comme conséquence la *rétention glandulaire*. Dans ce milieu de culture se trouvait un Microbe normalement inoffensif ; mais voilà le milieu devenu, du fait de la rétention, particulièrement propice au développement du Bacille anaérobie ; le traumatisme et la congestion produits par le coït ajoutent leur action adjuvante et les accidents graves éclatent.

Si l'assimilation de la glande de Bartholin à la vessie pouvait paraître un peu forcée, je dirais qu'en somme il s'agit là d'un réservoir avec un canal excréteur, comme la vessie avec son uréthre, et que les infections s'y font par voie ascendante, comme c'est le cas le plus fréquent pour la vessie. Mais je crois que les ressemblances sont plus frappantes encore. L'obstacle capital à l'infection vésicale est la contractilité du réservoir urinaire : tant que la vessie peut bien expulser son contenu, les chances d'inoculation pariétale sont minimes ; tous les jours des Microbes sont introduits dans le réservoir sans provoquer d'accidents et la bactériurie est rarement le premier terme de la cystite. Or j'ai eu soin, dès le début, d'insister sur la disposition anatomique de la glande vulvo-vaginale : au-dessus d'elle est le muscle de Guthrie qui, avec la lame inférieure de l'aponévrose moyenne, constitue un plan rigide ; au-dessous, la bridant étroitement, le mucle constricteur de la vulve. A chaque contraction de ce muscle correspond une compression de la glande, qui se vide de son contenu ; au surplus, le fait physiologique bien connu de *l'éjaculation chez la Femme* me dispense de considérations théoriques plus étendues.

Normalement donc, la glande se vide, par une *contractilité empruntée*, si je puis ainsi dire, dont il ne m'appartient pas de rechercher ici les nombreuses et variées conditions physiologiques : quoi qu'il en soit, le résultat est identique dans tous les cas : c'est le pourquoi de la non-infection de la glande malgré sa flore microbienne normale. En outre, ici, la fréquence plus grande des anaérobies montre bien la nécessité plus impérieuse encore, pour le développement des Bactéries, d'une occlusion hermétique, d'une rétention complète.

La théorie me semble s'adapter fort bien à mes cas ; que d'autres pourtant n'en relèvent pas, ce n'est point contestable. D'abord je me suis expliqué sur le Gonocoque, assez virulent par lui-même ; les autres Microorganismes peuvent aussi sans doute produire l'infection avec un canal excréteur perméable; cela revient à dire qu'une des causes adjuvantes, la rétention, peut manquer, les autres, traumatisme ou congestion étant suffisantes; il faut un outre, ici, tenir compte de la disposition en lobule, et aussi, bien autrement anfractueux que celle de la muqueuse vésicale. Quoi qu'il en soit, mon cas ne me paraît pas pouvoir relever d'une autre interprétation.

Tout l'intérêt de l'observation que j'ai rapportée tenant dans sa pathogénie, je ne dirai rien des symptômes fort bien connus et à peu près invariables, ni que j'ai vu commettre par un praticien l'erreur de diagnostic « étranglement herniaire » ! peu explicable, malgré la congestion et les douleurs souvent irradiées à l'aine.

Je veux seulement dire un mot du traitement. Les classiques, et Pozzi lui-même, conseillent d'inciser par le vagin. Je trouve préférable l'incision externe, comme je l'ai pratiquée, parallèlement au bord antérieur de la grande lèvre ; c'est plus aseptique et plus commode, on ne court pas le risque d'une cicatrice pouvant devenir gênante pour les fonctions sexuelles, surtout si la suppuration est longue ; enfin, on est plus à son aise pour extirper la glande. Cette extirpation est-elle bien nécessaire ? Malgré l'opinion de Dujon, je ne le pense pas. Non certes que, le cas échéant, je fusse effrayé par ces « hémorragies rebelles » dont j'ai entendu parler par M. Tuffier dans un de ses cours : l'hémorragie des bulbes du vagin est vite arrêtée, dans tous les cas, peu inquiétante, et facile à tamponner ; d'ailleurs, en pratiquant l'incision comme je l'ai indiqué, la glande faisant saillie en dedans du bulbe, on pourrait opérer en laissant celui-ci en dehors, au besoin en le faisant récliner.

Mais, toutes concessions faites, avec le chlorure de zinc on devient presque toujours maître de la suppuration, sans grande crainte de récidive. De plus, c'est un bien gros moyen que le chloroforme pour pareille intervention : or, je n'apprendrai rien à personne en disant que l'action de la cocaïne est à peu près nulle sur les tissus enflammés, et il est bien certain que si une incision très rapide est déjà atrocement douloureuse, une mi-

nutieuse et longue dissection serait tout à fait insupportable sans anesthésie générale. Enfin, comme on ne peut pas espérer de réunion immédiate en plein foyer d'infection et qu'il faut toujours mettre une mèche, l'extirpation ne s'impose pas. Dujon l'a si bien compris, qu'il conseille de commencer par inciser, pour pratiquer l'excision huit jours plus tard : alors, je veux bien, si elle est nécessaire. Sauf donc pour les kystes et certaines formes gonococciques, je crois que l'incision avec cautérisation soignée est suffisante. Mon cas est, d'ailleurs, une confirmation, puisque la guérison, avec réunion parfaite, fut obtenue en 4 jours. Il faut dire, il est vrai, qu'il s'agissait d'un microbe anaérobie, contre lequel la seule ouverture du foyer était une arme redoutable, mais, en somme, en dehors de quelques formes blennorragiques, il s'agit toujours soit d'anaérobies, soit de Microbes peu résistants à une intervention directe comme le Staphylocoque ou le Coli-bacille.

Nouveau procédé d'hystérectomie abdominale

Par Schmeltz (de Nice),

Chirurgien en chef de l'Hopital la Croix.

—

Voici ma manière de faire pour les fibromes. Ce procédé peut s'appliquer à d'autres tumeurs, telles que les cancers.

Après désinfection rigoureuse du vagin et large lavage du ventre, on pratique l'incision abdominale.

La malade est mise dans la position de Trendelenburg. Les intestins sont refoulés vers le diaphragme moyennant une grande compresse. L'utérus est aussitôt relevé et désenclavé au besoin avec le tire-bouchon ou l'ingénieux appareil de Reverdin. On place ensuite de chaque coté de l'utérus une longue pince-clamp, et en dehors des annexes, alternativement à gauche et à droite, mon angioclaste qui une fois appliqué est serré par simple pression de la main et aussitôt retiré. Les ciseaux incisent à ce niveau dans le sillon laissé par l'instrument tranversalement et jusqu'à l'utérus.

Je fais ensuite l'incision transversale du péritoine dans le repli vésico-utérin, c'est-à-dire sur la face utérine antérieure, et je sépare la vessie de l'utérus en la décollant ; puis j'ouvre le vagin en avant. Par la boutonnière ainsi pratiquée, j'engage d'avant en arrière et jusque dans le cul-de-sac de Douglas, que je perfore, une longue pince courbe portant le long de ses branches et à leur extérieur une cannelure longitudinale. J'ouvre alors la pince pour dilater le canal ainsi pratiqué. Je fais ensuite pénétrer le long de la cannelure de droite une branche de l'angioclaste. La branche externe enserre la base du ligament large et l'instrument est serré comme précédemment par un simple effort de la main. L'angioclaste étant retiré, je coupe ce ligament au milieu du sillon tracé.

La même opération est faite pour la base du ligament large droit.

Il n'est pas rare alors de voir une petite partie du col rester dans le fond de la plaie. Je l'ai toujours laissée en place.

J'examine ensuite soigneusement les moignons et si les vaisseaux sectionnés semblent de calibre un peu fort on y jette une ligature. Jusqu'ici je ne l'ai pas fait et tous mes malades ont guéri sans accident.

Avant l'opération une lanière de gaze iodoformée, après antisepsie soignée du vagin, est introduite dans cette cavité.

Grâce à la simplicité et à la rapidité de cette nouvelle intervention j'ai pu arriver à la belle statistique de 6 guérisons sur 6 cas opérés avec cette méthode, dont 2 de cancer et 4 d'énormes fibromes. Voici la relation de mon derier cas.

Camille F...... t, âgée de 47 ans, vient se présenter à ma clinique privée il y une quinzaine de jours. Le ventre est énorme. Une tumeur fluctuante se montre à droite. A gauche, je reconnais une tumeur dure et bosselée de la grosseur de deux poings. Cette malade a toujours souffert de violentes métrorragies.

Je l'opère avec mon procédé et mon instrument, comme il a été décrit ci-dessus. A l'ouverture du ventre, je découvre un kyste intra-ligamentaire droit, qui, après ponction et évacuation d'environ 6 litres de liquide, présente dans son intérieur 3 autres kystes plus petits. Je me débarrasse d'abord de cette tumeur en utilisant une large pince appliquée contre la matrice et en serrant l'angioclaste en dehors des annexes du côté droit. Le kyste est sectionné par-dessus.

La matrice bosselée et fibromateuse présente le volume d'une tête de fœtus. Grâce à l'angioclaste et à la transfixion antéro-postérieure pratiquée à travers le col, je pus extirper cet énorme utérus en un temps très court. Je constatai qu'il restait une portion du col que je me gardai d'enlever. Avec quelques sutures je ramenai le péritoine par-dessus ce petit moignon et le ventre fut aussitôt refermé. Je n'ai jamais recours au drainage abdominal.

Aujourd'hui, cinq jours après l'opération, la température n'a pas dépassé 37 degrés, et la malade va très bien.

Les excellents instruments de Doyen et Tuffier présentent l'inconvénient d'être peu maniables. Lors de mon voyage en Scandinavie, j'ai eu l'idée de modifier l'instrument en supprimant la vis, très incommode à manier, et de la remplacer en faisant briser la branche droite. Grâce à un ingénieux mécanisme, on a ainsi la facilité de l'appliquer en serrant l'instrument simplement avec la main, comme toute autre forte pince à forcipressure. J'ai donné à cet instrument le nom d'*angioclaste* (αγγειον, vaisseau et de χλαστος, écrasé, broyé).

REVUE FRANÇAISE

Piéry. — CANCER MUSCULAIRE LISSE DE L'OVAIRE. (*Bulletin de la Société de Chirurgie de Lyon*, 1898, p. 72.)

M. Piéry, interne des Hôpitaux, présente une tumeur enlevée le 29 janvier dernier, chez une Femme couchée au lit n° 6 de la salle Saint-Martin, par M. le docteur Gangolphe.

Histoire clinique.— Il s'agissait d'une Femme âgée de 33 ans, ne présentant rien de spécial à noter dans ses antécédents héréditaires. Réglée à 15 ans 1/2 et cela régulièrement jusqu'au début de l'affection, elle est accouchée, à l'âge de 25 ans, d'un enfant actuellement en bonne santé.

Il y a six ans la malade s'aperçut du développement d'une tumeur abdominale, paraissant siéger sur la ligne médiane, un peu au-dessus de la symphyse pelvienne, et de la grosseur d'un œuf environ. Cette tumeur était surtout appréciable au toucher et ne se traduisit tout d'abord par aucun trouble fonctionnel. Cependant la tumeur allait grossissant, mais la malade continuait son travail, sans en être en aucune façon incommodée. Les règles étaient toujours normales.

Toutefois, il y a trois ans, la malade commença à éprouver des douleurs abdominales chaque fois qu'elle se livrait à un travail fatigant.

Enfin, il y a quatre semaines, la malade ressentit de vives douleurs affectant un caractère lancinant dans le voisinage de la tumeur qui, maintenant occupait surtout la fosse iliaque gauche. En même temps, elle présentait de la céphalée, des douleurs épigastriques avec vomissements et des palpitations. Elle fut obligée de s'aliter et entra à l'hôpital.

A son entrée, la tumeur, appréciable à la vue, mais surtout au toucher, est située au niveau de la fosse iliaque gauche. Assez volumineuse, elle a sensiblement le volume d'une petite tête d'adulte ; en partie enclavée dans le bassin, elle effleure en haut les dernières fausses côtes du côté gauche. Sa consistance est remarquablement dure, ses contours bien délimités ; en aucun point on ne constate de la fluctuation.

Au toucher, on sent une tumeur dure paraissant adhérente à ce dernier organe ; les mouvements imprimés au col se transmettent, en effet, faiblement il est vrai, à la tumeur. Le col est un peu dur.

Pas d'ascite.

Quelques ganglions engorgés au niveau du pli de l'aine.

La malade est et a toujours été, jusqu'à ce jour, bien réglée. Pas de pertes blanches, pas de constipation. Mictions assez fréquentes.

Peu ou pas de troubles généraux ; léger amaigrissement ; appétit conservé.

Urine : ni sucre, ni albumine.

On porte le diagnostic de *fibrome du corps de l'utérus*.

Opération. — Le 29 janvier 1898. M. Gangolphe pratique l'ablation de la tumeur. Après l'ouverture de l'abdomen, on constate que la tumeur, située tout entière à gauche de l'utérus, n'appartient pas à ce dernier organe. Elle en est séparée, en effet, par



presque toute la longueur de la trompe, qui semble unir la tumeur à l'utérus. L'ovaire est complètement englobé par la tumeur. On énuclée la tumeur hors de la cavité péritonéale. Les adhérences sont assez nombreuses; à la partie inférieure la tumeur adhère au péritoine, en avant, avec quelques franges épiploïques. Ligature du pédicule; sutures et pansements.

La malade sort, guérie, du service, au bout de 15 jours.

Aspect macroscopique de la tumeur.— Il s'agit d'une volumineuse tumeur du poids de 1370 grammes. La forme est irrégulièrement rectangulaire à grand axe vertical. Elle présente, appendue sur son grand côté latéral interne, une portion de la trompe qui l'unissait à l'utérus. La face antérieure est assez fortement convexe en avant; la face postérieure est, au contraire, légèrement concave. La consistance est ferme en tous points, sauf au niveau de quelques cavités kystiques remplies de liquide citrin. La couleur est blanc grisâtre.

A la coupe, la tumeur est encapsulée; la surface de coupe présente des aspects multiples; en certains points, on constate des *cavités kystiques* au niveau desquelles le tissu prend une teinte noirâtre. En d'autres points le tissu a *l'aspect et la consistance du tissu cartilagineux*; enfin, certaines portions ressemblent à du *tissu fibreux*.

On prélève un fragment en chacun de ces points et on l'examine après durcissement à la gomme et coloration au picro-carmin. Voici le résultat de cet examen pratiqué sous la direction et le contrôle de M. le professeur Tripier.

Examen microscopique. — a) *Fragment de tissu d'aspect fibreux.* — Le champ de la préparation est tout entier occupé par de nombreuses bandes cellulaires à disposition fasciculée, coupées tantôt longitudinalement, tantôt plus rarement, dans un sens perpendiculaire à leur direction. Au niveau de ces derniers points on aperçoit le champ de coupe des diverses cellules sous la forme de petits cercles juxtaposés et surtout de diamètres inégaux : enfin, en certains points, on constate la disposition en tourbillon des éléments cellulaires par rapport les uns aux autres.

On observe également des vaisseaux en assez petit nombre, dont les parois semblent entourées d'une substance rose amorphe qui paraît nettement de nature conjonctive.

Les éléments cellulaires sont constitués par des cellules très allongées, fusiformes, à contours ondulés. Au niveau de certaines d'entre elles il se dessine un commencement de striation longitudinale appréciable par un aspect dépoli du protoplasma et de la teinte orangée que prend ce dernier sous l'influence du picro-carmin. Entre elles, ces cellules paraissent juxtaposées assez étroitement, imbriquées de telle sorte que la portion renflée, avec noyau d'une cellule, correspond à la partie effilée d'une ou deux cellules voisines. Par places les cellules sont accolées comme des épis de blé. Dans d'autres régions, il semble qu'il reste une substance fibrillaire entre les cellules: mais, en faisant varier le point, on voit qu'il s'agit du protoplasma des cellules voisines.

b) *Fragments de tissu d'aspect cartilagineux.* — L'aspect des préparations est le même que précédemment, sauf, peut-être, que les fibres musculaires paraissent plus serrées les unes contre les autres ; d'autre part on trouve quelques tractus fibreux traversant le champ de la préparation.

c) Enfin, sur certaines préparations, faites à l'aide d'un fragment prélevé en un point de la tumeur que nous n'avons pas noté, nous avons constaté la présence de follicules de Græff typiques, caractéristiques du tissu ovarien.

De l'examen précédent nous pouvons donc conclure qu'il s'agit d'un *cancer musculaire lisse, d'origine ovarienne très probable.*

En résumé, dans l'observation précédente il s'est agi *cliniquement* d'une tumeur ayant évolué en six ans, avec les allures d'un fibrome utérin, chez une Femme de 33 ans, et ayant nécessité une intervention chirurgicale par suite d'une accélération dans son évolution et la fréquence et l'intensité des douleurs qu'il détermina chez la malade.

Histologiquement, il s'agissait très nettement d'une tumeur à fibres musculaires lisses, se distinguant assez nettement, notamment, d'une tumeur fibreuse, par la disposition de ses fibres en tourbillons et la forme en fuseaux de ses éléments cellulaires dont quelques-uns présentaient une fine striation.

De plus cette tumeur était de nature *maligne*, étant donné le nombre de ses éléments cellulaires et surtout le caractère jeune de ces derniers.

Enfin, il s'agissait vraisemblablement d'une *tumeur de l'ovaire*, car, à l'ouverture de la cavité abdominale, la tumeur apparaissait nettement appendue à la trompe et ayant englobé complètement l'ovaire et, d'autre part, sur quelques coupes, comme nous l'avons dit, on distinguait du parenchyme ovarien.

Les cas de fibro-myome de l'ovaire, à en croire les auteurs, seraient relativement peu fréquents. Nous n'avons en effet, relevé que les cas de Klebs, Bagot, Triche, Terrier et Hartmann. Cornil aurait toujours trouvé des fibres musculaires dans les fibromes de l'ovaire. Quant aux cas de cancer musculaire lisse, nous n'avons pu en rencontrer un seul cas.

Mais nous croyons que des tumeurs comme celle qui fait le sujet de l'observation précédente doivent être rapprochées du *cancer musculaire lisse de l'utérus* et de tous ces cas de tumeurs de même nature développées au milieu des organes du petit bassin, sans qu'il soit toujours possible de dire qu'elle en a été le point de départ : trompe, ovaire, ligaments larges, etc. ; ces cas viennent d'être rassemblés et étudiés récemment par MM. Paviot et Bérard (1).

Parmi les cas rapportés par ces auteurs, nous citerons le cas de MM. Guillemet et Molard (2), celui de MM. Gangolphe et Duplan (3) qui, fait des plus importants, se sont accompagnés de métastase péritonéale, hépathique et pulmonaire. Enfin, dans deux cas de M. Condamin (4), il s'agissait de masses molles simulant une collection à contenu séro-purulent.

Nous croyons que du rapprochement des faits précédents doivent découler deux constatations. La première c'est que, vraisemblablement, les cas de cancer musculaire lisse sont beaucoup plus fréquents que ne semblent l'indiquer les auteurs qui ont confondu ces tumeurs avec les *sarcomes* de l'ovaire. L'histoire clinique du cancer musculaire lisse doit donc se calquer sur celle du sarcome.

Par suite, et c'est là le second point sur lequel nous désirons attirer l'attention, nous avons affaire à des tumeurs malignes qui peuvent s'accompagner de métastases et entraîner la mort. Il en résulte, immédiatement, comme conséquence pratique, une grande réserve du pronostic et la nécessité d'une ablation aussi hâtive et aussi large qu'on pourra la pratiquer.

M. Gangolphe est intervenu à cause des caractères de malignité que présentait cette tumeur qui évolua rapidement et s'accompagnait d'un peu d'ascite.

P. Puech et M. Puig-Ametler. — PROLAPSUS DE L'URÈTHRE CHEZ UNE PETITE FILLE.

Sans constituer une curiosité pathologique, le prolapsus de la muqueuse uréthrale chez la Femme n'est pas cependant d'observation courante. D'autre part, bien que la publication des premiers faits qui s'y rapportent remonte à une époque déjà ancienne, puisqu'elle appartient à Morgagni, l'étude de cette affection n'a été bien approfondie que dans ces dernières années ; c'est ainsi que bon nombre de traités de chirurgie et de gynécologie gardent encore le silence à son endroit, ou ne lui accordent qu'une place insignifiante. Enfin, dans le cas qui s'est offert à nous, la tumeur formée par la muqueuse de l'urèthre prolabée présentait un volume relativement considérable ; pour faciliter, après son ablation, l'affrontement des deux bords de la muqueuse excisée, nous avons eu recours à un mode de faire susceptible de rendre des services dans l'exécution de ce temps, le seul certainement un peu délicat, de l'opération.

Tels sont les motifs dont nous nous sommes autorisés pour publier l'observation, que nous avons eu récemment l'occasion de recueillir dans le service de chirurgie infantile des hôpitaux de Montpellier.

Eugénie M..., âgée de six ans, entre le 31 juillet 1898 dans le service de la clinique chirurgicale des enfants, dirigé par M. le professeur Estor, pour un mal de Pott lombaire, sans complications médullaires ni suppuration. Un corset de Sayre a été déjà appliqué.

Antécédents héréditaires. — Le père est mort de tuberculose pulmonaire. La mère, affectée d'une luxation congénitale de la hanche, jouit d'une bonne santé. De deux frères, l'un est mort à l'âge d'un mois, l'autre est bien portant.

Antécédents personnels. — Rougeole à l'âge de quatre ans. Dans la première enfance, la malade a présenté un prolapsus de la muqueuse rectale, aujourd'hui complètement disparu. Il y a deux ans environ, elle a été soignée pendant longtemps à la clinique médicale des enfants pour une uréthro-vulvite avec écoulement fétide et abondant.

Maladie actuelle. — L'enfant pâle et maigre est d'apparence chétive. Depuis un mois, elle se plaint de douleurs à la vulve et tache de sang sa chemise. Elle n'accuse pas de troubles de la miction.

Le 25 août, l'enfant est soumise à l'examen de M. le professeur agrégé Puech, qui remplace M. Estor. En plaçant la petite malade dans la position de la taille périnéale, on aperçoit aussitôt, faisant saillie au-devant des petites lèvres et cachant l'orifice vaginal, une

(1) PAVIOT et BÉRARD. — Du cancer musculaire lisse en général et de celui de l'utérus en particulier.

(2) GUILLEMET et MOLAD. — Cancer musculaire de l'épiploon et de l'estomac. *Lyon Médical*, 1889.

(3) DUPLAN. — Soc. des Sc. Méd. de Lyon. Séance du 9 décembre 1896.

(4) CONDAMIN. — Forme particulière de cancer utérin (cancer diffluent à cellules musculaires lisses du type embryonnaire). *Gaz. hebdom.*, 15 janvier 1895, et Th. de Robin, Lyon 1895.



tumeur de forme ovalaire, dont le grand axe correspond à celui de la vulve, et dont le volume atteint celui d'une demi-noix. De couleur rouge foncé, la tumeur présente en son milieu un orifice très dilaté, au pourtour duquel la coloration est violacée, en certains points même noirâtre. Elle apparaît largement pédiculée au-dessous du clitoris ; dans le sillon qui la sépare de ce dernier organe se voient trois petits orifices diverticulaires, dans lesquels un fin stylet introduit est vite arrêté

En soulevant la tumeur en haut, vers le clitoris, on met à nu l'orifice vaginal bordé d'un hymen en croissant : un cathéter utérin pénétrant par cet orifice s'enfonce à 5 centimètres et demi. La tumeur, dont la consistance est un peu plus molle que celle du lobule du nez, est irréductible.

On termine l'exploration par l'introduction d'une petite sonde de Femme dans l'orifice dilaté qui occupe le centre de la tumeur, ce qui amène aussitôt l'écoulement d'une certaine quantité d'urine.

Le diagnostic de prolapsus de la muqueuse uréthrale s'imposait. En raison du volume de la tumeur et de son irréductibilité, M. Puech se décide d'emblée pour l'excision, qui est pratiquée trois jours plus tard, pendant lesquels on a fait des lavages fréquents de la vulve et maintenu en permanence sur la tumeur des compresses trempées dans une solution antiseptique.

Après anesthésie à l'éther et asepsie soigneuse de la région génito-urinaire, la malade ayant été mise dans la position de la taille périnéale, l'opération fut exécutée le 29 août de la façon suivante: avec une aiguille droite de couturière, traversant à son point d'implantation la tumeur légèrement tendue par une pince, un premier fil de soie est placé suivant une direction antéro-postérieure, parallèle au grand axe de la tumeur ; de la même façon, un second fil est conduit perpendiculairement au premier, à l'aide d'une aiguille traversant la tumeur suivant son petit axe. L'intersection des deux fils disposés en croix à la base de la tumeur se trouve ainsi au centre du canal de l'urèthre. Un peu au-devant des fils la tumeur est alors rapidement excisée au bistouri.

Avec une pince on attire hors de l'urèthre la portion médiane de chacun des fils, ce qui détermine la formation de deux anses ; en sectionnant ces deux anses, on obtient quatre fils qui se trouvent placés aux quatre points cardinaux et qu'il ne reste plus qu'à lier pour bien affronter la lèvre supérieure à la lèvre inférieure de la muqueuse excisée. Comme un petit peu de sang s'écoule à la partie supérieure gauche, on place en ce point un cinquième point de suture.

Une sonde à demeure est mise dans l'urèthre. Dans la journée, l'urine qui s'échappe de la sonde est légèrement teintée de sang.

Le 30 août, l'urine sort claire. Pas de température. L'enfant ne se plaint que lorsqu'on touche à la sonde.

Le 1er septembre, on supprime la sonde. La miction s'opère facilement et sans douleur. L'urine est claire.

Le 3 septembre, les fils sont enlevés. Un petit point, où la réunion par première intention a manqué, est touché au nitrate d'argent. Le 8 septembre, la guérison était complète. Quand, à la fin du mois, la fillette a quitté le service, vulve et méat urinaire avaient leur aspect normal.

La formation du prolapsus et de la pseudo-tumeur qu'il constitue s'explique par le détachement de la muqueuse uréthrale et son glissement sur la musculeuse, à laquelle elle n'est que faiblement unie par un tissu cellulaire lâche, combinés à un certain degré d'hypérémie et à l'œdème de la muqueuse. A ce résultat ont, dans notre cas, concouru des causes multiples : c'est, d'abord, l'âge de notre petite malade, le prolapsus uréthral s'observant surtout chez l'enfant, ainsi qu'en témoignent les relevés de Kleinwaechter (1), qui, sur 59 cas, en compte 39 concernant des sujets âgés de un à quinze ans. C'est, ensuite, l'état de faiblesse générale de l'organisme, qu'en dehors de l'aspect extérieur, révèlent et la présence d'une tuberculose vertébrale et l'existence antérieure d'un prolapsus du rectum : lymphatisme et scrofule sont, en effet, signalés parmi les causes prédisposantes ; d'autre part, la coexistence avec d'autres prolapsus a été rencontrée par Raether (2), qui a vu le prolapsus uréthral se compliquer d'un prolapsus vaginal, et par Södermark (3), qui a recueilli un cas, dans lequel le rectum et l'utérus étaient prolabés en même temps que l'urèthre. Enfin, nous retrouvons, dans notre cas, le facteur étiologique, auquel semble revenir le rôle le plus important ; l'uréthrite et la vulvo-vaginite, dont notre malade a souffert pendant longtemps.

A quelle époque remontait le début du prolapsus? Il est difficile de l'établir. Bien souvent, en effet, le prolapsus se constitue sans donner lieu à des symptômes fonctionnels. Même à la période d'état ces derniers ne se rencontrent pas toujours: aussi ne sont-ils pas rares les cas où le hasard seul a conduit à la connaissance de l'affection. Quand ils existent, les signes fonctionnels consistent en douleurs au niveau de la vulve et en hémorragies, tantôt réduites

(1) Kleinwæchter. *Zeits. f. Geburtshk. u. Gyn.*, 1891.
(2) Ræther. Cité par Blanc, in *Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, 1895, p. 525.
(3) Södermark. *Ibid.*

à un simple suintement sanguin, tantôt assez abondantes pour tacher largement les cuisses et les vêtements, et simuler une hématurie ou une métrorragie. Douleurs et écoulements sanguins s'étaient montrés depuis un mois, lorsque nous vîmes notre malade pour la première fois. Nous sommes néanmoins disposés à croire qu'antérieurement à cette époque le prolapsus était déjà constitué, et que ce n'est qu'après une période d'état latent plus ou moins longue et seulement lorsque la tumeur eut acquis un certain volume que ces symptômes prirent une intensité suffisante pour attirer l'attention.

Quel que soit le motif qui le provoque, l'examen direct conduit sans peine au diagnostic : le prolapsus de l'urèthre est, en effet, facilement reconnu par qui est prévenu de l'existence de cette affection. Dans notre cas, nous eûmes vite fait de nous prononcer sur la nature de la tumeur présentée par la malade, dès que nous eûmes relevé les divers caractères consignés dans l'observation et qui sont ceux fournis par l'examen direct dans tous les cas de cet ordre. Aussi n'insisterons-nous pas sur le diagnostic différentiel, nous contentant de rappeler qu'un certain nombre d'erreurs ont été commises. Seules, une exploration superficielle ou une ignorance extrême peuvent expliquer ces méprises grossières : il suffit, en effet, de constater au centre même de la tumeur la présence de l'orifice uréthral conduisant dans la vessie, pour qu'il n'y ait plus de doute possible.

Le traitement du prolapsus de la muqueuse uréthrale est médical et chirurgical. Médical, il consiste dans l'emploi, combiné à une antisepsie soigneuse de la vulve et du vagin, d'agents caustiques et astringents, susceptibles de faire disparaître l'état congestif de la muqueuse et de diminuer le volume de la tumeur. Chirurgical, il réside dans l'ablation de la tumeur.

Le traitement médical convient aux cas légers où la lésion se réduit à un simple ectropion circulaire de la muqueuse, à ceux où le prolapsus est de date récente, à ceux où la tumeur est de faible volume, aux cas, en un mot, où l'on peut espérer obtenir la réduction de la muqueuse herniée. Dans les conditions inverses, il faut recourir au traitement chirurgical. C'est pourquoi nous nous sommes adressés à ce dernier d'emblée et sans nous attarder à l'emploi des moyens médicaux : l'irréductibilité manifeste de la tumeur, son volume considérable indiquaient nettement l'ablation.

Pour pratiquer cette ablation, trois méthodes s'offraient à notre choix : la ligature sur une sonde de Femme introduite dans le canal de l'urèthre, le thermo-cautère ou l'anse galvanique, l'excision au bistouri avec suture exacte. Avec Kleinwaechter (1), Broca (2), Monod (3), nous croyons qu'à l'heure actuelle, l'excision au bistouri est, de ces trois méthodes, celle à laquelle on devra donner la préférence : grâce à l'antisepsie, l'infection et la suppuration ne sont plus à craindre ; la suture soigneuse des lèvres de la muqueuse excisée met vite fin à l'hémorragie, généralement d'ailleurs peu redoutable, qui pourrait succéder à l'excision avec l'instrument tranchant. D'autre part, par ce procédé on obtient une cicatrisation rapide et très régulière, et l'on se met à l'abri d'une sténose consécutive.

L'exécution de ce petit acte opératoire, l'excision au bistouri, ne va pas cependant sans demander certaines précautions : il faut, tout d'abord, prendre garde de tirer sur la muqueuse prolabée sous peine d'en trop réséquer ; il faut encore avoir soin de bien fixer la lèvre supérieure, qui, après section, tend à remonter vers la vessie, et partant, risquerait de ne plus pouvoir être exactement affrontée à la lèvre inférieure.

Dans sa thèse, Pourtier donne du manuel opératoire la description suivante : Une sonde est introduite dans la vessie par l'orifice médian ; sur cette sonde, on pratique une incision circonscrivant la tumeur à l'union de la muqueuse péri-uréthrale du vagin et de la muqueuse de l'urèthre. Des pinces sont placées comme repère sur la muqueuse du vagin. On pratique ensuite une seconde incision sur la muqueuse exstrophiée à son union avec la muqueuse saine du canal de l'urèthre. Sur cette muqueuse du canal et pour empêcher son ascension vers le col de la vessie, on place de nouvelles pinces. La partie de muqueuse située entre ces deux incisions circulaires est extirpée. La muqueuse de la vulve est alors suturée à la muqueuse de l'urèthre et une sonde est laissée à demeure pendant trois jours.

Après avoir vérifié avec une sonde le siège de l'urèthre, M. Broca fend sur la ligne médiane supérieure la tumeur dans toute son étendue, et, avant d'aller plus loin, il place un fil de soie fine à l'angle de l'incision ; puis il opère de la même façon en arrière ; d'un coup de bistouri les deux moitiés de la masse morbide sont enlevées ; il devient alors facile de suturer à la soie les lèvres de la muqueuse.

Ce procédé de M. Broca nous semble bien supérieur au précédent : il supprime l'emploi des pinces, gênantes dans un champ opératoire aussi restreint ; il permet tout aussi bien d'éviter les deux écueils de l'opération que nous avons signalés plus haut.

(1) Kleinwæchter. Loc. cit.
(2) Broca. *Ann. de gyn.*, 1896, t. XXXXV, p. 212.
(3) Monod. Cité par Pourtier, Th. de Paris, 1896, n° 515.



C'est également dans ce but que nous conseillons le procédé très simple auquel nous avons eu recours dans notre cas. Nous en résumons, en terminant, les temps principaux : transfixion de la tumeur au ras de son point d'implantation par deux fils dirigés suivant les deux axes de la tumeur et se croisant perpendiculairement au centre du canal de l'urèthre ; excision au bistouri ou aux ciseaux de la tumeur un peu en avant des fils ; formation de deux anses en attirant hors de l'urèthre la portion des fils qui le traverse ; section en son milieu de chacune des deux anses donnant ainsi quatre fils, qui se trouvent placés aux quatre points cardinaux de l'orifice uréthral, et qu'il suffit de lier pour obtenir l'affrontement des bords de la muqueuse.

En opérant ainsi, la mise en place des fils n'est point gêné par le sang qui s'écoule de la surface de section ; on assure la fixation des bouts supérieurs de la muqueuse, tendant toujours à remonter vers la vessie ; enfin guidé par les fils posés à la base même de la tumeur, on n'est point exposé à réséquer plus qu'il ne convient de la muqueuse prolabée.

Le Dentu.— DES ANUS CONTRE NATURE ACCIDENTELS S'OUVRANT DANS LE VAGIN.

Les fistules intestinales s'ouvrant dans le vagin, consécutives aux opérations pratiquées par cette voie sur l'utérus ou ses annexes, ne sont pas extrêmement rares ; ce qui l'est davantage, surtout pour le rectum, ce sont les larges anus contre nature avec éperon, très différents, par leurs dimensions et les conditions de leur traitement, des simples fistules recto-vaginales. Fistules ou anus contre nature, ces lésions résultent, ou d'une blessure par section ou déchirure au cours de l'opération, ou d'un pincement suivi d'excorification et de perforation, ou d'une ulcération spontanée, non imputable au bistouri, aux ciseaux ou aux pinces.

Contre les fistules de l'intestin grêle, la thérapeutique chirurgicale offrait déjà, comme ressources opératoires, les sutures, les autoplasties, l'entérotomie de Dupuytren préconisée pour ces cas par Weber et Heine, la résection de l'anse intestinale dans le vagin, conseillée par Brumer, mais qui doit être habituellement inexécutable, l'établissement d'une communication entre l'intestin grêle et le rectum, au moyen de pinces comprimantes spéciales introduites soit par le vagin et le rectum, soit par le rectum seul, en vue de faire ultérieurement une suture ou une autoplastie par le vagin (procédés de Casamayor, Jobert, Lauwer, Verneuil, Chaput). A ces méthodes s'est ajouté récemment l'isolement intestinal, ou exclusion intestinale, la Darm-auschaltung des Allemands, imaginée par Salzer, exécutée pour la première fois par v. Hochenegg, répétée plusieurs fois par v. Eiselsberg (*Congrès de Moscou* 1887 et *Arch. f. klin. Chirurgie*, Bd 56. Heft 2) et bien étudiée par Narath dans ses applications au traitement des fistules génitales de l'intestin grêle (*Arch. f. klin. Chirurgie*, Bd. 52, Heft 2, p. 330).

Pour les fistules vaginales et surtout pour les véritables anus contre nature vaginaux, les ressources sont beaucoup plus limitées. Je ne viserai dans ce travail que les anus contre nature. La résection du rectum par l'abdomen est rendue impraticable par le siège de la lésion, et je ne vois guère que deux méthodes qui leur conviennent : la méthode de Dupuytren et la résection du rectum par la voie sacrée.

Voici un cas où l'entérotomie ou kentrotomie, suivie de la suture dans le vagin, a fourni un résultat parfait :

OBSERVATION.— Une jeune Femme de vingt-trois ans, Louise B..., était entrée dans mon service à l'hôpital Necker pour des lésions des annexes utérines de nature inflammatoire. Un de mes aides incisa le cul-de-sac de Douglas, le 26 mars 1896, et, comme il avait constaté chemin faisant l'existence d'une poche purulente assez bien délimitée pour que l'extraction pût en être tentée, il l'attira par en bas dans le vagin en sectionnant les adhérences qui la retenaient à son niveau primitif. Un coup de ciseaux malheureux ouvrit si largement le rectum qu'on ne pouvait pas songer à en faire la suture, et il fallait se résoudre à établir un anus contre nature vaginal, presque vulvaire, précaution qui écarta tout danger d'infection du péritoine.

Avant toute tentative de réparation, j'attendis que les tissus se fussent rétractés autant qu'ils le pouvaient autour de cette large brèche ; après sept à huit semaines, le bout supérieur, remonté à la partie supérieure du vagin, laissait passer dans celui-ci toutes les matières qu'il contenait. L'orifice du bout-inférieur, très difficile à reconnaître et dans lequel il était impossible de passer une sonde souple qui pénétrât dans le rectum, était séparé du premier par un éperon très saillant, faisant valvule par dessus la partie inférieure de la paroi vaginale.

Une première exploration, avec anesthésie générale, fut conduite de la manière suivante : sur l'index de la main gauche introduite dans l'anus je glissai une longue pince courbe dont les mors s'engagèrent par l'orifice du bout inférieur dans le vagin. Je présentai alors aux mors de cette pince un volumineux tube à drainage qui fut ramené au dehors par l'anus et dont je laissai un long bout en place, dans le trajet qu'il venait de parcourir. Ce drain, agissant comme une sorte de ressort, refoulait l'éperon vers la paroi postérieure du rectum, et devait commencer à redresser le coude formé par l'intestin.

Lorsque, quinze jours environ plus tard, je jugeai que ce résultat était suffisamment obtenu, j'anesthésiai de nouveau la malade et je plaçai sur l'éperon la pince-entérotome de Collin, le plus profondément possible. Elle tomba au bout de cinq jours.

Comme l'éperon faisait encore quelque relief sur la paroi postérieure, je fis une deuxième application dans les mêmes conditions. A la chute de la pince, une large communication était établie entre les deux bouts, et les matières passaient en grande partie par l'anus. Après quelques autres jours d'attente, je procédai à la suture par le vagin de l'énorme brèche qu'il s'agissait de combler. Cette opération, qui devait être suivie d'un succès complet, fut exécutée le 9 juillet 1896.

J'avivai tout d'abord à plat les bords de l'orifice sur une largeur de 0 m. 006 à 0 m. 007, comme dans le procédé américain de la fistule vésico-vaginale.

Cela fait, je dédoublai la paroi recto-vaginale tout autour de l'orifice, mais sur une faible étendue de ses bords, peut-être un demi-centimètre au plus. Cela me permit d'établir un premier plan de sutures profondes avec du catgut numéro 4, du bord supérieur au bord inférieur de la solution de continuité. Il en résulta une ligne de suture transversale recto-rectale, formée de 12 points au moins. Je tâchai autant que possible de faire cheminer les fils dans l'épaisseur de la paroi intestinale pour éviter que cette paroi fût traversée de part en part.

Quand le rapprochement me sembla parfait, je procédai à la suture superficielle, vagino-vaginale, au fil d'argent d'un demi-millimètre, au moyen de 14 ou 15 fils placés comme dans le procédé américain, après cheminement dans l'épaisseur de la paroi jusqu'au bord de la surface d'avivement. Il en résulta une deuxième ligne de suture transversale qui soutint la première et assura une obturation absolue, sans tension, de l'orifice vagino-rectal.

Tout alla bien pendant les premiers jours ; mais vers le sixième jour, les matières fécales commencèrent à passer de nouveau dans le vagin par un point de l'extrémité droite de la suture qui avait lâché. Heureusement le point désuni se combla par bourgeonnement après une quinzaine de jours et la guérison se compléta parfaitement. La malade quitta l'hôpital le 23 août 1896.

Je l'ai revue et réexaminée tout récemment. On sent au fond du cul-de-sac postérieur du vagin une surface cicatricielle régulière qui attire un peu en arrière le col de l'utérus ; mais du côté du rectum, il est impossible de constater la trace de la cicatrice antérieure et de l'éperon. L'intestin a recouvré sa souplesse normale, et le résultat dépasse tout ce que j'avais pu espérer.

La méthode de Dupuytren convient donc parfaitement aux cas de ce genre ; mais si elle échouait, on trouverait une ressource précieuse dans une résection rectale par la voie sacrée, suivie de l'obstruction de l'orifice vaginal, avec drainage de l'espace recto-vaginal.

REVUE ANGLAISE

William Alexander. — ÉNUCLÉATION DES FIBROMES UTÉRINS. (*Soc. gyn. ang.*, 14 avril 1898. *Brit. med. J.* 21 mai 1898.)

Plaidoyer, basé sur 11 cas personnels analysés, avec figures, en faveur de la chirurgie conservatrice, c'est-à-dire de l'énucléation des fibromes, surtout chez les Femmes jeunes. Entre les opinions extrêmes relatives au traitement des fibromes : celle qui veut que peu de cas soient justiciables d'une grosse opération et qui se borne au traitement médical ou de petite gynécologie, et celle qui veut soumettre tous les cas à la panhystérectomie, il y a place pour une opinion moyenne, plus en rapport avec la majorité des indications.

Si beaucoup de fibromes sont peu gênants et peuvent attendre les bienfaits de la ménopause, il en est d'autres qui constituent une infirmité réelle et parfois grave. Ces cas graves relèvent d'une intervention sérieuse, mais non mutilante, telle que l'énucléation. Après 2 ou 3 tentatives opératoires heureuses, l'auteur a adopté la technique suivante. Incision abdominale suffisante pour bien encadrer la tumeur, qui est, au besoin, présentée par les doigts d'un aide qui la repousse par le vagin. Des éponges aseptiques et chaudes l'entourent de manière à isoler le champ opératoire. Une incision longitudinale est faite sur la paroi qui recouvre la tumeur et, avec les doigts et un instrument mousse, on énuclée celle-ci : si des vaisseaux donnent, on les comprime, on les pince et on les lie tout de suite ou plus tard ; s'il y a des tumeurs voisines, on les recherche par la même incision, c'est-à-dire par la cavité déjà ouverte, et on les énuclée de même. Une éponge comble provisoirement la cavité qui sera ultérieurement remplie par une gaze de plusieurs mètres de longueur, s'il est nécessaire, et dont une extrémité ressort par la partie inférieure de l'ouverture. L'incision est

alors fermée par de nombreux points de catgut, profonds et superficiels, sauf au niveau de l'émergence de la gaze. Un seul crin de Florence traverse les 2 lèvres de l'incision utérine à sa partie supérieure puis la paroi abdominale, de manière à suspendre l'organe à la paroi ; on a eu soin, au préalable, de suturer le péritoine au pourtour des lèvres de l'incision utérine On suture alors la paroi abdominale à la manière ordinaire, sauf au niveau du point où sort la gaze, celle-ci draine en même temps la cavité creusée dans l'utérus et la cavité abdominale. Pansement ordinaire : au bout de 24 heures, on attire et on résèque un pied de gaze, et à chaque pansement on fait de même, jusqu'à épuisement du drain ; l'utérus se rétracte et redescend peu à peu, comme dans l'hystérectomie avec pédicule externe.

L'auteur a opéré de la sorte 11 cas, dont plusieurs graves, avec une seule mort, due à une complication accidentelle, non imputable à la méthode. Avec les perfectionnements acquis, la gravité de cette opération doit être plutôt inférieure à celle des méthodes radicales et elle leur est supérieure parce qu'elle est conservatrice, considération capitale chez les femmes susceptibles encore de procréer.

La multiplicité ni le siège des tumeurs ne sont de contre-indications, pourvu qu'elles n'englobent pas la totalité de l'organe et ses annexes.

L'hémorragie constitue le principal danger, mais elle est ordinairement facile à contrôler au moyen de la compression avec les éponges et de la forci-pressure. Il importe qu'il ne se fasse aucun écoulement dans la cavité péritonéale et que l'utérus soit fixé à la paroi dans une bonne position, afin qu'il s'y trouve maintenu lorsque la cicatrisation sera achevée. La résection de toutes les tumeurs ne présente pas de difficultés insurmontables; il est facile, au besoin, de réséquer une partie de leur capsule et de la paroi utérine.

L'avenir montrera si ces tumeurs énucléées peuvent se reproduire ; en toute hypothèse, si on avait opéré loin de la ménopause, on pourrait recourir à une seconde intervention. L'utérus et ses annexes peuvent-ils reprendre leurs fonctions de gravidité et de parturition ? Bien qu'il n'ait pas eu l'occasion de le constater chez ses opérées, il n'y a pas de raison pour qu'il n'en soit pas ainsi. L'énucléation est l'opération simple, logique par excellence, plus facile que la panhystérectomie et surtout le casse-tête Chinois qui consiste à faire passer une volumineuse tumeur par le détroit vaginal. Ce n'est sans doute pas une panacée, et il est des cas où l'on peut faire bon marché de l'utérus, mais elle est, dans tous les cas, la plus chirurgicale, celle à laquelle on doit songer tout d'abord, et on ne saurait trop la recommander, au moins chaque fois qu'il y a un intérêt à la sauvegarde de l'appareil génital et de sa fonction.

Discussion : Bland Sutton approuve l'orateur quand il pense que les fibromes attentent à la vie des malades et doivent être opérés ; mais il n'a pas le même enthousiasme pour l'énucléation.

Les opérateurs du continent lui attribuent des résultats plus désastreux qu'à la panhystérectomie. Il l'a pratiquée 8 fois et la trouve facile, mais lui fait 4 principales objections : 1° le danger d'hémorragie, 2° la longueur de l'opération, 3° le prolongement de la convalescence, 4° l'éventration qui en résulte. L'hystérectomie ne demande qu'une demi-heure et la malade se lève avant 18 jours ; on ne redoute pas l'hémorragie où l'éventration. Ces deux dernières considérations sont les plus importantes et, sans elles, l'énucléation serait une opération satisfaisante ; mais il est un autre point, c'est que des fibromes se développent tardivement, à une époque où l'utérus est un organe sans utilité ; or il vaut mieux, dans ces cas, enlever l'utérus en laissant un ou les deux ovaires.

Smyly, d'accord avec Sutton, estime que l'énucléation ne répond qu'à un petit nombre de cas et qu'après la ménopause, la panhystérectomie est de beaucoup préférable. La première est indiquée chez les jeunes Femmes avec fibrome unique et il a opéré ainsi 5 fois.

Une autre objection, c'est que d'autres fibromes peuvent se développer ultérieurement. Enfin, Martin, son initiateur, l'a abandonnée.

Granville Bantock.— La nouveauté, dans l'exposé d'Alexander, est, non l'énucléation, mais son application aux fibromes multiples : mais comment procéderait-il dans l'hypothèse de 2 fibromes, l'un sur la paroi antérieure, l'autre sur la paroi postérieure ? L'énucléation d'une douzaine de noyaux est superflue, car un tel utérus ne peut plus être d'aucune utilité. Il ne pense pas que les fibromes soient absolument fatals et pense qu'on marque une tendance exagérée à les opérer.

Bowremann Jessett.— On opère, en effet, beaucoup trop de fibromes, mais, lorsque l'opération est manifestement nécessaire, il est plus facile et plus sûr d'enlever tout l'organe que de recourir à l'énucléation.

Furneaux Jordan. — Comment Alexander a-t-il traité les hémorrhagies dans les cas où il n'a pas employé le perchlorure de fer ? Dans les cas de nodules multiples, il doit être impossible d'affronter les surfaces et de coapter la plaie utérine à l'incision abdominale. Alors l'hystérectomie lui semble préférable.

Herbert Snow. — Alexander s'est placé au point de vue de la sauvegarde de la fonction plutôt que de la plus grande facilité de l'opération : or, dans un cas comme celui où 30 noyaux ont été énucléés, quel espoir pouvait-il garder que l'organe recouvrât sa fonction ?

Heywood Smith est partisan de l'hystérectomie contre l'énucléation dans la grande majorité des cas ; mais, dans l'hypothèse de l'énucléation, il conseille la teinture de matico comme un styptique utile.

Christopher Martin, avec Bantock et Jessett, insiste sur le choix scrupuleux des cas à opérer. La diminution de la mortalité a entraîné à des excès opératoires. Mais, dans un cas justiciable de l'opération, s'il y a plus d'un noyau fibreux, l'hystérectomie est préférable et garantit mieux la cure. Il l'a pratiquée dernièrement dans un cas où un chirurgien habile avait fait, 15 ans auparavant, l'énucléation. A ce moment, on n'avait sans doute laissé aucun noyau, mais, un an plus tard, les symptômes avaient reparu.

F. Routh défend les procédés moins radicaux. Une incision sans énucléation suffit parfois à faire disparaître le fibrome.

F. Edge. — Sauvegarder les organes est bien, mais sauvegarder la vie est mieux. Or la mortalité de l'énucléation est 2 fois plus forte que celle de l'hystérectomie. A en juger par les figures, dans le cas où l'opérée d'Alexander a succombé, il eût mieux valu pour elle de ne plus avoir d'utérus que de le conserver ainsi en lambeaux.

Macnaughton Jones.— Il est méritoire pour un chirurgien de préconiser une opération discréditée, abandonnée ici et sur le continent. Dans le mémoire d'Alexander, un seul cas est donné comme ayant succombé à l'opération, mais il est question de 3 nécropsies et les résultats éloignés manquent. Beaucoup des malades opérées étaient avancées en âge, alors pourquoi conserver un utérus inutile ? Du reste, tous sont trop récents pour permettre de se faire une opinion ferme.

Alexander répond par séries. L'hémorragie est beaucoup moins considérable qu'on ne pourrait s'y attendre, surtout si on incise sur la ligne médiane. Actuellement, il se sert de gaze iodoformée pour tamponner la cavité. L'éventration ne s'est montrée que dans les premiers cas, alors qu'il se servait de soie : avec le catgut cette complication n'existe plus. La récidive des tumeurs est une objection importante, comme le prouve le cas de Martin ; mais la simple incision a une telle action sur la vitalité du fibrome qu'une deuxième opération sera bien rarement nécessaire. Le discrédit de l'énucléation est incontestable, mais ce n'est pas une raison pour ne pas la réhabiliter. Il a en effet 3 morts, mais une est survenue par affection cérébrale 7 semaines après, et une autre, au bout de 8 mois, de cancer du foie ; un seule est imputable à l'opération, ce qui donne une mortalité de 9 %, non supérieure à celle de l'hystérectomie. Il ne dit pas que tout fibrome doive être opéré et, dans ce cas, que l'énucléation convienne à tous les cas ; mais il pense qu'elle peut au moins se poser en face de l'hystérectomie, et que, en sa qualité d'opération conservatrice, elle a une incontestable supériorité sur la résection de l'organe.

Donald. — ablation vaginale de l'utérus et des annexes. (*Soc. gyn. et obst. du Nord de l'Angleterre*, 22 avril 1898. *Brit. med. J.* 14 mai 1898.)

Opération pratiquée chez une malade de 30 ans, souffrant de pelvipéritonite aiguë depuis 8 mois, presque confinée au lit avec des métrorragies, depuis 4 mois. Traitement palliatif pendant un mois, sans succès.

Les 2 trompes étaient pleines de pus et, comme le point de départ des lésions était évidemment l'endométrium, on se décida à enlever l'utérus. La castration totale pour lésions suppurées et bilatérales des ovaires et des trompes est reconnue, sur le continent, comme le meilleur traitement de ces lésions : elle est moins en faveur encore dans le Royaume-Uni. Cependant lorsque les annexes sont supprimées, l'utérus devient inutile et on ne peut invoquer que des raisons de sentiment en faveur de sa conservation. Cependant, lorsque l'utérus est sain et les lésions annexielles non septiques, la suppression n'est pas indiquée.

R. C. Buist. — Modifications récentes de la colporraphie antérieure (*Soc. obst. d'Edimbourg*, 11 mai 1898.— *Brit. med. J.* 21 mai, 1898).

On peut diviser en 2 groupes les cas de prolapsus : 1° ceux qui ont commencé par la rétroversion ou la rétroflexion ; 2° ceux qui ont commencé par l'affaiblissement du plancher pelvien et la cystocèle.

Celle-ci implique la faiblesse, non seulement du plancher pelvien, mais de la tunique musculaire de la vessie. Une vessie saine se vide spontanément, dans n'importe quelle attitude, grâce à ses contractions propres. Dans la cystocèle, cette aptitude est perdue

et, à moins de certains artifices, le réservoir n'est jamais complètement évacué, ni la paroi pleinement contractée. Il se produit alors bientôt une altération du muscle et, comme conséquence, une difficulté plus grande de l'évacuation. La correction de la cystocèle devient donc un facteur important de tout traitement du prolapsus. Le fait que tout tissu de cicatrice est un tissu faible constitue un des plus fréquents éléments d'échec dans ces sortes d'opérations. Diverses tentatives ont été faites pour éviter que la ligne cicatricielle, plus faible, ne coïncidât avec la ligne d'effort; mais aucune n'a tendu à corriger directement la concavité de la cystocèle. L'auteur a imaginé un procédé pour remédier à une cystocèle consécutive à une hystérectomie.

Une incision médiane s'étend de l'urèthre au fond du vagin et on dissèque, de chaque côté, la paroi vaginale de la paroi vésicale: la poche vésicale est alors diminuée par des points de suture n'intéressant que la musculeuse, puis on raccourcit la paroi vaginale antérieure en rapprochant, jusqu'au contact, les deux angles de l'incision, de manière à ce que l'incision devienne transversale, et on suture dans cette position. Il reste ainsi un peu de tissu en excès, qui peut être réséqué ou laissé. Comme l'ouverture vulvaire reste, par cette méthode, un peu large, on la rétrécit en dédoublant la paroi postérieure, comme dans l'opération de Tait. Cette méthode a donné à l'auteur les résultats les plus satisfaisants.

Brewis. — HYSTÉRECTOMIE TOTALE D'UN UTÉRUS GRAVIDE. (*Soc. obst. d'Edimbourg*, 11 mai 1898. *Brit. med. J.*, 21 mai 1898.)

Aménorrée depuis 4 mois; tumeur à développement rapide, constituée par un fibro-kyste du poids de 10 livres, pédiculé sur l'utérus. L'organe, développé comme à 4 mois de grossesse, contenait des noyaux multiples et fut enlevé en totalité. Ligature et résection des ligaments larges juste au-dessous des ligaments ronds; incision du péritoine, libération de la vessie: constriction au niveau du col et section au-dessus de la ligature. Des clamps sont placés par le vagin, de chaque côté du col, et on enlève le col. Gaze dans le vagin, entre les pinces, et suture du péritoine au-dessus de la gaze et des pinces. Guérison sans incidents.

Alban Doran. — KYSTE DE L'OURAQUE ET NOTES SUR LES KYSTES DE L'OURAQUE ET LES PRÉTENDUS KYSTES ALLANTOÏQUES. (*Soc. roy. méd. et chirurg.*, 24 mai 1898. *Brit. med. J.*, 28 mai 1898.)

Femme de 59 ans, chez laquelle, à l'occasion d'une crise abdominale, on découvre une volumineuse tumeur kystique. Utérus mobile, en arrière du kyste, qui est situé sur la ligne médiane, empiétant à gauche et étendu de l'ombilic au pubis. La tumeur est antépéritonéale, et au-dessous, immédiatement en avant de la vessie existe un autre kyste ou loge. Il s'écoule de la poche, constituée en majeure partie par du tissu musculaire, plus de 1/2 litre de liquide brunâtre, sale, épais, légèrement glaireux avec des flocons de lymphe. Incision de toute la paroi et tamponnement à la gaze. Guérison simple.

Luchska et Wutz ont montré depuis longtemps que le canal de l'ouraque reste perméable en partie chez beaucoup de sujets et contient assez souvent de petites dilatations kystiques. La fistule de l'ouraque n'est pas rare et s'associe quelquefois avec la suppuration du canal: on a beaucoup écrit sur cette question, surtout en Allemagne et en Amérique, mais le terme de kyste de l'ouraque a été attribué à des tumeurs liquides sous-ombilicales diverses. L'auteur cite et compare avec le sien les cas relatés par L. Tait, Morgan et Douglas. L. Tait et Byron Robinson en ont recueilli de très volumineux. Tait les attribue à un arrêt de développement survenant au moment où l'allantoïde émane de la cavité péritonéale; au lieu de se rétracter en vésicule ombilicale, l'allantoïde s'inclut dans l'abdomen, où elle sert, comme le péritoine, aux viscères pelviens et, s'emplissant de liquide, elle forme un kyste *allantoïque* ou un gros kyste de l'ouraque. Tait convient que c'est là une explication théorique que n'ont confirmée ni l'autopsie ni la dissection.

Wutz, avant le travail de Tait, a montré que les relations de gros *kystes de l'ouraque* étaient erronées: ceux de Hoffmann, Heinecke, Roser et Wolff lui semblent plus que douteux, et n'étaient sans doute que de l'hydropisie enkystée ou de la tuberculose péritonéale.

Comment expliquer d'ailleurs l'intégrité de la vessie qui n'est qu'une partie de l'allantoïde. En somme, les cas de Tait, malgré leur intérêt, ne sont pas évidemment d'origine allantoïdienne.

En ce qui concerne le traitement de ces kystes vrais de l'ouraque, lorsqu'ils peuvent être entièrement disséqués, il faut traiter le péritoine qui les revêt en arrière, comme s'il était apte à s'infecter. Souvent le kyste ne peut être énucléé du péritoine ni de la paroi: il faut alors l'inciser largement et le drainer. Dans tous les cas, il faut rechercher soigneusement ses rapports avec la séreuse et avec les viscères voisins et déterminer la position de la vessie. La cavité de celle-ci peut communiquer avec le kyste, condition qui requiert une opération plastique. Dans tous les cas, on doit surveiller et prévoir, après l'opération, la possibilité de la communication de la vessie par l'orifice vésical de l'ouraque.

Discussion: BRYANT a vu deux cas qui, éclairés par la communication de Doran, doivent avoir été des kystes de l'ouraque. Dans le 1[er], on avait diagnostiqué un kyste de l'ovaire et, à l'ouverture, il s'écoula un liquide séro-sanguin. Le péritoine, adhérent en arrière, fut détaché de la vessie avec la plus grande difficulté et il était manifeste ensuite qu'il n'avait aucun pédicule sur le ligament large. Dans un autre cas, un Homme de 30 ans, épispade, portait une tumeur sous-ombilicale douloureuse et qui vint à suppurer. Prise pour un abcès, elle fut ouverte et laissa écouler du pus fétide, mais non urineux, et quelques jours après, l'urine s'écoulait par la plaie.

DORAN. — Ce cas a quelque analogie avec celui de Rotter, dans lequel il y avait hématurie et copieux écoulement purulent à l'hypogastre. On avait songé à un cancer et le cystoscope montra des végétations dans la vessie: il s'agissait d'un kyste de l'ouraque qui fut opéré avec succès.

Purcell. — DES DANGERS QUE COURENT LES URETÈRES DANS L'HYSTÉRECTOMIE. (*Soc. gyn. britannique*, 12 mai 1898. *Brit. med. J.*, 28 mai 1898.)

Les uretères sont exposés à la section ou à la constriction dans l'exécution de l'hystérectomie par méthode combinée ou panhystérectomie, témoin, le cas personnel d'une hystérectomie pratiquée pour un volumineux adéno-sarcome de l'utérus. Durant l'opération, les deux uretères avaient été compris dans les ligatures et la vessie restait vide. 58 heures après, réouverture de l'abdomen; le péritoine pelvien, sain, sans traces d'inflammation, est sectionné, ce qui permet de constater la dilatation des deux uretères. On sectionne les ligatures des deux artères utérines, ce qui libère les uretères et la malade guérit dès lors sans accident. L'auteur étudie de nouveau les rapports des artères et des uretères et en conclut que le principal danger de la panhystérectomie est la lésion de ces derniers.

Discussion: BOWREMAN JESSETT. — Cette observation est intéressante aussi au point de vue du diagnostic qui pouvait hésiter entre fibrome sphacélé et tumeur maligne: il s'agissait sans doute d'une dégénérescence maligne de fibrome. Il eût été peut-être préférable, pour éviter la ligature des uretères, de sectionner et de lier isolément les utérines après résection de la tumeur.

G. KEITH a vu, il y a une quinzaine d'années, un cas dans lequel, sur la paroi d'un kyste ovarique enlevé, était adhérent un morceau de ce qu'on croyait être la trompe et qui fut déclaré trompe après examen par un histologiste; or, l'autopsie permit de voir qu'on avait enlevé un morceau d'uretère.

NACPHATTER, a eu une émotion lors de sa première hystérectomie, à propos de l'uretère: il s'agissait d'une tumeur énorme, pesant 46 livres sur la surface de laquelle courait une bandelette uniforme: il allait la réséquer lorsqu'un aide émit l'idée — qui sauva la malade — que ce pouvait bien être l'uretère. Celui-ci, en effet, avait été tellement distendu par l'énorme tumeur que, une fois libéré, il semblait une longue anse intestinale.

MAC AUGHTON-JONES. — Dans ces cas, les rapports normaux des uretères sont modifiés de telle sorte que la notion anatomique exacte est d'un faible secours: les accidents sont dus ordinairement à cette condition ou à une anomalie. La méthode de Doyen, qui vise à isoler tout d'abord les vaisseaux, réduit au minimum le danger.

L'orateur a demandé les résultats de leur expérience à plusieurs chirurgiens éminents, notamment à Kelly, qui a annoncé une réponse, à Martin, à Doyen, à Kufferath, dont il lit les lettres. A Kelly, on doit les importants progrès réalisés pour la préservation et la chirurgie des uretères: on lui doit les méthodes d'urétérostomie et de cathétérisme des uretères, lequel permet de diagnostiquer l'état fonctionnel des reins avant de décider une néphrectomie.

F. ROUTH. En cas de symptômes urémiques, et si on a lieu de craindre une lésion des uretères, il serait bon peut-être, comme premier temps opératoire, d'ouvrir le rein par derrière. Par ce moyen, le plus pressant danger serait conjuré et on pourrait, au besoin, faire plus tard une opération secondaire.

PURCELL. Lorsqu'une lésion de l'uretère est constatée au moment de l'opération, on pourrait adopter la manière de voir de Routh: mais si on ne s'en aperçoit que plus tard, il faudrait tout d'abord établir de quel côté est la lésion. Du reste, si la lésion est unilatérale, l'excrétion de l'autre rein suffit à empêcher l'urémie de se produire.

Tout ouvrage dont il sera envoyé deux exemplaires sera annoncé et analysé s'il y a lieu.

R. PICHEVIN, *Directeur-Gérant*.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE DAIX FRÈRES.
Maison spéciale pour Journaux et Revues.



SOMMAIRE

A propos de l'amputation sous-vaginale du col

D'APRÈS LE PROCÉDÉ DE SCHRŒDER

Par R. PICHEVIN, chef des travaux gynécologiques à la clinique chirurgicale de Necker.

—

Depuis trois ans environ, une véritable campagne a été entreprise dans le but de jeter le discrédit sur l'amputation sous-vaginale du col. On accuse cette opération de tous les méfaits imaginables. Son inutilité serait le moindre de ses défauts. Les dangers seraient nombreux. Sans parler des accidents qui sont inhérents à tout acte opératoire, on a affirmé que la restauration du col d'après le procédé de Schrœder exposerait à l'avortement, à l'accouchement prématuré et à des difficultés pendant l'accouchement.

Ces accusations retentissantes ont agi d'abord sur l'esprit des praticiens qui expriment des doutes sur la valeur de l'opération et sur les dangers consécutifs. Les malades elles-mêmes, mises au courant des accidents qui seraient consécutifs à l'amputation du col, expriment leurs craintes au chirurgien et refusent parfois leur consentement, quand on vient à poser l'indication de cette opération.

Ce sont les accoucheurs surtout qui ont été les agents principaux de cette ligue de dénigrement. Ils ont observé des accidents à la suite de l'opération de Schrœder et ils n'ont pas hésité à conclure que cette intervention était mauvaise et même dangereuse. Ils ont donc frappé d'ostracisme et sans rémission l'amputation de Schrœder, en oubliant de nous dire comment ils entendaient dans l'avenir guérir les métrites rebelles, les cervicites chroniques avec éversion, ectropion, dégénérescence kystique et sclérose. Car, il ne faut pas l'oublier, il s'agit du traitement d'une des lésions les plus rebelles à tous les moyens thérapeutiques. Il serait désolant pour les malades et pour les médecins, comme le faisait remarquer avec juste raison Martineau, d'admettre l'incurabilité de la métrite chronique. Mais supprimez du cadre des indications thérapeutiques la restauration du col, et je n'hésite pas à dire que l'on se trouvera désarmé en face de ces lésions cervicales qui résistent à toutes les injections antiseptiques et aux cautérisations les plus énergiques.

Il ne faut donc pas, sans mûr examen, *frapper d'interdit l'amputation du col* d'après le procédé de Schrœder.

Sans doute on devrait passer outre et bannir de la chirurgie gynécologique une opération capable d'engendrer des accidents graves. Mais, sans contester les faits qui ont été observés par des accoucheurs de talent, je dis qu'il faut les soumettre à la critique et les interpréter.

Il ne faudrait pas non plus tomber dans le sophisme « post hoc propter hoc » et mettre sur le compte de l'amputation du col tous les incidents ou accidents qui surviennent pendant la grossesse et l'accouchement. Ce serait une erreur contre laquelle la logique la plus élémentaire protesterait. Il est donc nécessaire de signaler la possibilité d'une confusion dans l'interprétation de certains accidents qui peuvent être imputés à des causes plus tangibles, plus réelles qu'à la restauration du col.

A quoi donc faut-il attribuer les accidents qui ont été relevés avec soin par divers accoucheurs ?

Je pense que, le plus souvent, il faut incriminer non pas l'opération, mais l'opérateur lui-même, qui n'a pas su pratiquer convenablement et suivant des règles pourtant bien connues la restauration de la portion sous-vaginale du col.

Peu nombreux, je ne crains pas de le dire, sont les chirurgiens qui font avec correction l'amputation de Schrœder. On me citait dernièrement l'exemple d'un opérateur qui s'imaginait pratiquer la restauration du col en appliquant le procédé de Guillotin au col de l'utérus. Une telle décapitation, si rapide, si élégante qu'elle puisse paraître, est par trop primitive.

Ajoutez à ces fautes relevées dans la technique d'autres fautes contre les préceptes les plus élémentaires d'antisepsie, et vous aurez le secret des accidents qui ont été signalés par plusieurs maîtres de l'obstétrique.

Que le col devienne dur et scléreux ; qu'il soit amputé non loin des insertions vaginales ; qu'au lieu d'avoir une forme se rapprochant le plus possible de la normale, il soit réduit à l'état de moignon informe, et l'on comprendra aisément la genèse des troubles dont la fréquence a été, je crois, singulièrement exagérée dans ces derniers temps.

Si l'on veut faire une enquête sur les résultats de l'opération de Schrœder, je crois fermement que l'on sera très vite convaincu de l'utilité et de l'efficacité de cette opération.

Non seulement je n'ai jamais observé aucun cas d'accouchement prématuré, de dystocie quelconque après cette intervention, mais je puis affirmer que l'opération type de Schrœder m'a donné les meilleurs résultats que l'on puisse espérer. Les cervicites ont été guéries et, de plus, très souvent, la grossesse a pu survenir dans des conditions inespérées. L'accouchement a eu lieu à terme, sans aucun accident, sans même aucun incident qui mérite une mention.

Pour obtenir de tels résultats, point n'est besoin d'avoir une adresse particulière et personnelle. Il suffit de pratiquer l'opération suivant les règles que l'on trouve exposées partout, plus ou moins sommairement il est vrai, et d'appliquer les principes d'asepsie et d'antisepsie universellement acceptés.

De la colpotomie dans les suppurations annexielles

Par M. LEGUEU.

—

Deux fois, à trois jours d'intervalle, vous m'avez vu pratiquer l'hystérectomie vaginale, à des malades, qui avaient déjà subi quelques mois auparavant l'incision du cul-de-sac postérieur pour suppuration pelvienne. Après une phase d'amélioration qui avait permis de les considérer comme guéries, elles ont recommencé à souffrir, et il a fallu en venir en fin de compte à la castration utéro-annexielle totale, à l'hystérectomie vaginale. Or, la question, qui se pose ici, est encore d'actualité : la discussion de la Société de chirurgie vient à peine de se clore, et je voudrais profiter de ces deux observations pour passer en revue les faits qui me sont personnels et vous exposer mon opinion sur la valeur réelle de la colpotomie.

A l'heure actuelle, la chirurgie des infections annexielles est entrée dans une phase conservatrice, qui marque une des tendances les plus heureuses de cette époque. Je suis, pour ma part, trop pénétré des avantages de ces tendances pour chercher à les enrayer. Mais, dans certains cas, la guérison est au prix d'un sacrifice étendu, il faut le reconnaître. Et souvent, pour trop conserver, on est resté en deçà du but à atteindre ; avec la colpotomie tentée dans un but conservateur, il arrive parfois que l'on ne fait que différer une opération plus radicale en imposant aux malades les inconvénients de deux opérations successives. C'est ce que je vais essayer de vous montrer en étudiant la valeur de la colpotomie dans les lésions suppurées des annexes.

Une Femme présente dans le cul-de-sac postérieur une tuméfaction fluctuante, manifeste : le passé de la malade, les douleurs, l'impotence, la réaction péritonéale, la palpation, tout indique une lésion suppurée des annexes.

La lésion partie des trompes s'est propagée à leur pourtour : il y a suppuration de la trompe, et abcès autour de la trompe C'est la suppuration pelvienne, et sur la présence du pus, personne ne peut hésiter.

L'évacuation du foyer est nécessaire, mais les chirurgiens divergent sur la façon de la réaliser.

Les uns sont partisans de la colpotomie ; ils incisent le vagin en arrière, abordent la ou les poches, ouvrent toutes les collections, et les malades guérissent en conservant leurs organes.

Les autres, au contraire. sont partisans de l'hystérectomie vaginale ; l'ouverture simultanée de toutes les poches est illusoire. Pour les ouvrir toutes, il faut enlever l'utérus et décortiquer les annexes. Ils sacrifient l'organe et la fonction, il est vrai, mais la guérison est à ce prix. Et ils appuient leur conviction sur ce fait que les guérisons observées à la suite de la colpotomie ne sont souvent qu'illusoires, apparentes, ou transitoires : et ils reprochent aux partisans de la colpotomie de différer sans avantage une opération plus complexe, l'hystérectomie, dont la nécessité s'imposera à brève échéance.

Je suis de ceux-là, Messieurs ; je suis de ceux qui n'accordent à la colpotomie qu'une valeur restreinte, qui ne lui reconnaissent que des indications limitées. Et c'est à légitimer cette proposition, c'est à préciser ces indications que je vais consacrer cette leçon.

Que la colpotomie soit capable de guérir et de guérir définitivement des malades atteintes de suppuration péri-utérine, je ne saurais le contester. Si, dans ma pratique, je ne conserve que trois observations, qui tendent à le prouver, je trouve amplement dans la pratique de mes collègues, dans les faits qui ont été cités lors de la dernière discussion, des arguments pour le prouver. Mais ce que je conteste, c'est la fréquence de ces guérisons à la suite de la colpotomie : ce que j'affirme, c'est que souvent les guérisons n'ont été qu'apparentes. Et si l'on tient longtemps les malades en observation, on voit survenir la récidive ou la continuation, et les premiers résultats s'effacent.

Voici, par exemple, cette malade couchée au n° 10 de la salle Broca. Vous m'avez vu pratiquer sur elle, il y a deux jours, l'hystérectomie vaginale : nous avons trouvé des lésions très complexes de salpingo-ovarite double Il y avait du pus dans les deux trompes ; autour, il y avait des poches de péri-salpingite. Eh bien, cette malade avait subi il y a deux ans la colpotomie pour une salpingite suppurée. A la suite de cette opération, elle avait repris de l'embonpoint, elle avait recommencé à travailler, et fut considérée pendant près de dix-huit mois comme guérie. Et cependant, en juin 1898, elle était reprise de fièvre, de douleurs : et en quelques semaines les accidents prenaient un tel caractère d'acuité qu'il lui fallut réclamer le bénéfice d'une nouvelle opération. Et les lésions constatées au cours de cette hystérectomie secondaire sont bien de nature à nous faire comprendre comment la colpotomie n'a été que palliative.

Je conserve encore le souvenir de deux autres malades à qui, l'année dernière, et il y a deux ans, j'ai pratiqué également l'hystérectomie vaginale pour suppuration : l'une et l'autre avaient antérieurement subi la colpotomie. Elles s'étaient remises, et, suivies pendant quelque temps, elles avaient été considérées comme guéries, alors que les lésions n'étaient qu'endormies et n'attendaient qu'une occasion pour se réveiller. Il faut donc se défier de ces apparentes guérisons, qui suivent parfois la colpotomie : il faut suivre longtemps les malades avant d'être autorisés à affirmer leur guérison.

Dans ces différentes observations, la suppuration n'était pas seulement localisée dans les trompes et les ovaires : il y avait aussi du pus autour des annexes enflammées. La colpotomie, sans nul doute, avait ouvert les poches péritonéales et respecté les poches tubaires : c'étaient, je le reconnais, de mauvaises conditions pour que la guérison s'ensuive. Et les partisans de la colpotomie reconnaissent en effet la nécessité d'ouvrir la trompe elle-même, puisque celle-ci est presque toujours le point de départ des accidents.

Eh bien, même dans ces conditions, même lorsque la trompe est ouverte, la guérison ne sera pas constante à la suite de l'incision du cul-de-sac postérieur. Témoin cette malade, à laquelle, le 5 août dernier, je pratiquais l'hystérectomie vaginale pour annexite. En 1896, elle avait été colpotomisée à l'hôpital Lariboisière ; elle est restée en bon état pendant une année. Mais depuis un an, elle a continué à souffrir à tel point et d'une façon si persistante qu'elle est venue nous demander de la guérir au prix même d'une nouvelle opération. J'ai fait l'hystérectomie vaginale : j'ai trouvé la trompe gauche encore suppurée en connexion étroite avec le cul-de-sac postérieur : et, selon toute vraisemblance, c'est cette trompe qui avait été ouverte lors de la première opération. Mais, en plus, il existait du côté droit, des lésions complexes, abcès ovarien, pyosalpinx, qui haut situés par rapport au vagin, n'avaient pas été touchés par la colpotomie.

En somme, dans tous les cas que je viens de faire passer sous vos yeux, la colpotomie a été suivie d'une phase temporaire d'amélioration au delà de laquelle les douleurs sont revenues aussi intenses qu'auparavant. L'efficacité de la colpotomie a donc été réelle, mais transitoire : l'opération, en un mot, n'a été que palliative.

Même palliative, il est vrai, la colpotomie est pourvue d'une grande efficacité, et maintes fois, pour ma part, j'y ai eu recours dans ces conditions, comme à une opération d'attente destinée à différer de quelque temps une hystérectomie que je jugeais nécessaire, mais dont les circonstances augmentaient la gravité.

L'année dernière, par exemple, j'ai pratiqué ici même l'hystérectomie vaginale le 12 août, à une malade que j'avais colpotomisée le 23 juillet et qui m'avait été adressée par mon ami le Dr Duchâtelet. Voici dans quelles conditions :

C'était une Femme de 40 ans : elle avait été prise brusquement, au mois de juin, de douleurs sourdes dans le bas-ventre, particulièrement exagérées par la marche et les secousses. Les douleurs s'exaspéraient à l'occasion d'un voyage en province, et une poussée de pelvi-péritonite intense forçait alors la malade à s'aliter.

C'est peu de temps après que je la vis : il y avait encore de la fièvre, l'état général était mauvais. Les culs-de-sac vaginaux étaient empâtés : il y avait en arrière de l'utérus une tuméfaction sensible, et où l'on ne parvenait qu'à peine à sentir un semblant de fluctuation.

Je me décidai à pratiquer d'abord l'incision du cul-de-sac postérieur : non pas que dans mon esprit cette opération me parût suffisante pour l'avenir, mais dans le présent elle devait me permettre d'évacuer une ou plusieurs poches suppurées, et, comme conséquence de faire tomber la fièvre et de relever l'état général.

C'est ce qui arriva : par l'incision du cul-de-sac vaginal postérieur, j'ouvris une poche volumineuse : il s'écoula environ 200 grammes d'un pus très fétide. Deux gros drains furent laissés à demeure, et permirent de faire les jours suivants de larges irrigations. Aussitôt la fièvre tomba et les forces revinrent un peu.

Cependant, d'autres poches, que je n'avais pas ouvertes parce qu'elles étaient trop haut situées, s'ouvraient par le rectum, et la malade rendait de ce côté du pus en abondance. L'empâtement persistait dans les culs-de-sac, et le petit bassin semblait comblé de ces tuméfactions annexielles qui surmontent l'utérus de chaque côté et que constituent les lésions associées des trompes, des ovaires, du péritoine et de l'épiploon.

Je ne crus pas devoir attendre plus longtemps : et moins d'un mois après, le 12 août 1897, je pratiquais l'hystérectomie vaginale. Il me fut impossible de faire autre chose que la castration utérine : les annexes complètement transformées furent laissées en place, malgré tout le désir que j'avais de les enlever intégralement. Je crevai avec le doigt toutes les poches dont le palper bimanuel me révélait la présence soit à droite, soit à gauche : les suites furent simples, mais plusieurs mois après, j'ai appris que la malade avait dû être réopérée à Bruxelles. Les poches se vidaient mal, et l'une ou l'autre avait dû se remplir à nouveau. C'est là un des inconvénients de l'hystérectomie qui n'est pas suivie de l'ablation des poches, mais il est telles circonstances où il serait particulièrement dangereux de vouloir quand même enlever la totalité de ces poches.

Quoi qu'il en soit, la colpotomie n'a été ici qu'une opération d'attente ; elle m'a permis de faire à froid l'hystérectomie,

sur un terrain meilleur et partant avec une moindre gravité.

Mais, cependant, ce bénéfice temporaire, la colpotomie ne le donne pas toujours, et chez certaines malades, le bénéfice obtenu par cette opération est illusoire ou insignifiant.

Voici, par exemple, une autre malade couchée au n° 6 de la salle Récamier, et qui a subi, au mois de juillet, la colpotomie. Elle était à ce moment en pleine fièvre, la température montait chaque soir à 39° ou 39°5 : une première colpotomie, pratiquée le 20 juillet, donna d'abord un léger soulagement. Sous l'influence de l'évacuation d'une série de poches purulentes réalisées à ce moment, la température baissait un peu ; mais bientôt les phénomènes reprenaient leur marche antérieure. Une nouvelle intervention est pratiquée le 27 juillet : on agrandit l'orifice, on ouvre avec le doigt une nouvelle poche et cette seconde intervention est suivie d'une nouvelle rémission très courte. La température se remet à osciller chaque jour entre 37 et 39°5 ou 40°. Je tentai encore une nouvelle intervention : le 20 août j'essayais à nouveau sous le chloroforme d'évacuer les poches, source de l'infection. Par l'incision du cul-de-sac postérieur, j'introduisis une longue pince courbe, et la dirigeant dans les directions où je sentais des poches annexielles, je parvins à évacuer quelques-unes d'entre elles, mais le petit bassin était cloisonné dans toute son étendue ; l'empâtement remontait au-dessus et de chaque côté de l'utérus jusqu'au delà du détroit supérieur. Je n'eus pas de peine à me rendre compte combien, dans un cas semblable, la colpotomie est insuffisante, comment elle est partielle, et pourquoi il lui est impossible de donner et d'assurer le drainage de poches multiples, juxtaposées dans des orientations diverses.

Huit jours après, l'état ne s'était pas modifié : il était impossible de laisser indéfiniment une malade aux prises avec une fièvre aussi intense, avec une infection à point de départ aussi nettement local. Et le 26 août, je pratiquai enfin l'hystérectomie vaginale ; je pus m'assurer alors, une fois l'utérus enlevé, que les drains placés dans le cul-de-sac postérieur étaient surmontés à droite et à gauche de poches non ouvertes : ce qui avait été ouvert, c'étaient les poches suppurées de péri-salpingite, mais les trompes elles-mêmes étaient encore kystiques et distendues. Je fus assez heureux pour pouvoir les extirper en totalité, malgré l'énormité des adhérences, et j'avais la satisfaction, après une opération forcément laborieuse de laisser le petit bassin complètement vide et d'avoir fait une intervention absolument complète. Les suites furent aussi simples que possible, comme il arrive presque toujours d'ailleurs dans ces hystérectomies très difficiles ; la température s'abaissait dès les premiers jours, et j'ai toutes raisons de penser qu'après une ou deux semaines la malade sera complètement et définitivement guérie.

Ces observations, que je prends au hasard des malades actuellement présentes dans les salles suffisent à montrer les avantages dans certains cas et les inconvénients dans d'autres, ou du moins l'insuffisance de la colpotomie.

Elle est curative rarement : elle n'est le plus souvent que palliative.

Elle est curative, lorsqu'une poche unique, facilement accessible, accolée au contact du vagin permet une large ouverture et un drainage facile. Elle n'est que palliative, lorsque des poches multiples, hautes ou basses, ne peuvent être ouvertes simultanément ni également drainées : ici on ouvre un foyer, on ne les atteint pas tous. Enfin, j'ai peu de confiance encore dans la valeur curative de la colpotomie pour les poches uniques, mais haut situées ; pour les aborder, il faut, s'il n'y a pas d'adhérence, traverser une certaine étendue de la cavité pelvienne. L'accès n'est pas toujours facile : le drainage restera difficile, et il y a des chances de contaminer la séreuse en voulant drainer la poche.

Pour toutes ces raisons, je réserve la colpotomie à quelques catégories très restreintes de lésions : d'abord aux hématocèles suppurées. Ici la colpotomie assure seule la guérison ; ces conditions sont des plus favorables, foyer unique, accès facile, drainage parfait.

Il en est de même dans ces suppurations périutérines, qui se développent à la suite de l'accouchement, à l'occasion de la blennorragie et sous son influence ; l'incision du cul-de-sac postérieur est indiquée, et cela pour plusieurs raisons.

D'abord les lésions annexielles sont souvent, dans ces circonstances, insignifiantes ou peu marquées : l'infection a gagné à travers ou à côté des annexes le péritoine ou le tissu cellulaire du ligament large. L'abcès est souvent unique ; après incision de la collection, les lésions primitives se réparent et s'atténuent, et l'élytrotomie a suffi à elle seule à procurer la guérison.

L'incision du cul-de-sac postérieur est encore indiquée lorsqu'il existe du côté de l'état général ou du côté de l'état local une circonstance, qui rendrait trop grave ou trop compliquée la pratique d'une opération plus complexe. Il en est ainsi, par exemple, lorsque la gravité de l'état général, l'élévation de la température, la septicémie contre-indiquent l'hystérectomie.

Dans ces conditions, l'incision vaginale ouvre la collection septique, elle pare aux accidents immédiats de septicémie, elle permet de remonter l'état général et de pratiquer plus tard une opération radicale comme l'hystérectomie qui, pratiquée dans l'état aigu, eût présenté de réels dangers.

Dans les lésions chroniques, pour les salpingo-ovarites suppurées à évolution lente, et observées à froid, dans l'intervalle de toute réaction péritonéale, l'incision du cul-de-sac postérieur me paraît devoir être très restreinte. Elle suppose, pour être efficace, plusieurs conditions réunies : une lésion unilatérale, une poche unique, une situation basse, un accès facile droit. Or ces conditions ne sont que rarement réalisées, et l'incision du cul-de-sac postérieur ne doit être alors que le premier temps explorateur d'une opération qui se termine séance tenante par l'hystérectomie.

Ces conditions, il est vrai, ne sont pas toujours faciles à déterminer à l'avance ; on peut croire les lésions plus légères ou plus étendues qu'elles ne sont en réalité. Aussi toutes les fois qu'il y a doute, est-il préférable de commencer par l'incision du cul-de-sac postérieur : par la brèche ainsi créée, on fait une exploration suffisante. La poche est-elle unique, on se contente de la colpotomie ; au cas contraire, ou encore lorsqu'après l'évacuation de l'abcès, on constate des lésions annexielles importantes, alors il faut de suite pratiquer l'hystérectomie vaginale.

(*Revue internationale de médecine*, p. 313.)

REVUE FRANÇAISE

De Argenta. — NOTE SUR LES KYSTES MUCO-DERMOÏDES DE L'OVAIRE (1). (*La Gynécologie*, 1898, p. 420.)

Parmi les kystes de l'ovaire, le groupe des muco-dermoïdes compte pour l'un des plus rares. Son importance pathologique et clinique est grande. On les confond facilement en clinique avec les autres variétés de kystes. Enfin, ils peuvent atteindre un développement énorme comme dans le cas qui fait l'objet de la présente note. Pour toutes ces raisons, je crois devoir la communiquer, pour qu'elle puisse servir de matière à discussion sur cette ques,tion si importante de la Gynécologie, afin de décider par quels modes d'investigation doit être faite la recherche diagnostique, et quels procédés cliniques d'enquête doivent être admis pour affirmer la certitude de la nature histologique de kystes ovariques qui, comme celui-ci, peuvent avoir chez la Femme de si funestes conséquences.

Ce qui me pousse à attirer votre attention sur ce point, c'est le vif désir de voir les chirurgiens de notre belle et noble patrie analyser un des problèmes gynécologiques sur lequel on n'a rien dit encore de bien concluant, car, malgré les travaux remarquables de Poupinel (*Archives de Physiologie*) et les études intéressantes de Spencer Wells, de Lannelongue et d'Achard, il est certain que l'on n'est pas arrivé à prononcer le dernier mot sur l'histogénie de cette lésion anatomique de l'ovaire. On ignore encore la cause de plusieurs formes anatomo-pathologiques de ce groupe des tumeurs ovariques. On ne connaît pas bien à quel moment débute le processus morbide dans les tissus ovariques : on donne en effet comme seule hypothèse explicative la théorie de l'évolution cellulaire, nécessaire pour expliquer la production néoplasique.

Et encore cette hypothèse, en admettant même qu'elle satisfasse aux observations de la critique la plus sévère et à l'analyse de la

(1) Communication au Congrès espagnol de Chirurgie tenu à Madrid du 16 au 24 avril 1898.



logique la plus consciencieuse, vaut-elle mieux que tant d'autres qui firent autorité avant elles et qui ont été démolies depuis, après de nouvelles observations cliniques et de nouveaux résultats opératoires qui sont venus montrer tout ce qu'elles avaient d'absurde ?

Mais ce n'est pas seulement son importance pathologique qui m'engage à publier cette note. Je voudrais aussi m'appuyer sur elle pour démontrer que la Gynécologie, qui figure pourtant la première entre toutes les branches de l'arbre magnifique des sciences chirurgicales, la Gynécologie, en dépit de ses acquisitions nouvelles et de ses progrès incessants, est encore dans l'impossibilité matérielle de diagnostiquer cliniquement la nature exacte de la lésion histologique d'un kyste de l'ovaire, surtout quand cette tumeur atteint, comme dans mon cas, des dimensions géantes inconnues jusqu'alors dans la littérature gynécologique.

La malade qui portait cet énorme kyste était une Femme de 45 ans, mariée depuis cinq ans, multipare.

Elle était réglée depuis l'âge de 17 ans, fort mal d'ailleurs. Les règles s'installaient péniblement, et alternaient avec des ménorragies assez sérieuses.

Comme signe anamnestique important à rappeler dans son histoire génitale, la malade signalait que toujours son ventre avait augmenté de volume, mais surtout depuis l'époque de ses premières règles. Sa famille ne s'en inquiéta pas davantage, pensant que le développement de l'abdomen se faisait en rapport avec la croissance squelettique de la malade ; aussi jamais, pas même durant une de ses pénibles périodes menstruelles, on n'eut l'idée de consulter le médecin de la ville où elle demeurait (Sequeroz). Après son mariage, sa famille et ses voisins s'aperçurent que son ventre augmentait encore de volume. Aussi crurent-ils à une grossesse, bien que les règles ne fussent pas supprimées. Cette conviction ne fut ébranlée que lorsque le terme fixé pour l'accouchement eût été dépassé sans qu'aucune tentative de travail eût lieu.

On s'imagina alors qu'elle était atteinte d'hydropisie, hypothèse qui pouvait avoir quelque vraisemblance, étant donné que le symptôme qui attirait le plus l'attention était une rétention d'urine paralytique alternant avec de la dysurie.

La malade consulta alors plusieurs médecins de sa localité ; l'un d'eux diagnostiqua une hydropisie, un autre une péritonite chronique, un troisième enfin une tumeur, dont il ne pouvait du reste déterminer ni le siège, ni la topographie, ni la nature.

Il conseilla du moins à la malade d'aller se faire opérer dans une clinique de Gynécologie.

La conséquence de la diversité de ces diagnostics fut que la malade fut soumise à des traitements variés ; on fit usage des agents thérapeutiques usités pour produire d'abondantes diurèses ou des débâcles intestinales. Des sangsues furent appliquées sur l'abdomen, ainsi qu'une foule de pommades antiphlogistiques diverses.

Mais, en dépit de tout cela, le mal empirait et la malade laissait passer le temps sans se décider à se soumettre à un examen gynécologique.

A mesure que les mois et les années s'écoulaient, les phénomènes de dénutrition allaient en augmentant, la dyspnée croissait en raison directe du refoulement du diaphragme par la tumeur envahissant la cavité abdominale.

Sur ce, la grippe ayant sévi dans sa famille, notre malade en fut atteinte et, dès lors, déjà affaiblie, elle en arriva à une déchéance complète de ses énergies organiques et de ses résistances physiologiques.

Comme son état de santé antérieur le laissait prévoir, cette bronchite infectieuse mit la malade à deux doigts de sa perte.

Quand elle put quitter le lit, elle constata que son ventre avait encore grossi et que cet accroissement de volume était accompagné de douleurs fréquentes et très aiguës dans les flancs, au-dessus du pubis.

Son médecin lui prescrivit contre ces douleurs divers analgésiques, ce qui ne les empêcha point, concurremment à l'aggravation des autres symptômes, de devenir de plus en plus insupportables.

Elle se décida alors à se rendre à Salamanque pour me consulter.

Je diagnostiquai un kyste multiloculaire de l'ovaire gauche, démesurément développé, lequel, par ses poussées répétées de péritonite de voisinage, avait contracté des adhérences avec les parois abdominales, le plancher pelvien et sans doute un grand nombre de viscères abdominaux : toutes données qui me laissaient supposer que l'intervention chirurgicale serait fort laborieuse et qu'il serait peut-être impossible de décortiquer complètement le kyste.

Considérant d'une part que la multiplicité et l'étendue des adhérences nécessiteraient un temps assez long et partant que la malade serait soumise plus longtemps aux effets toxiques de la narcose, tenant compte d'autre part de l'état général si précaire de la malade, je songeai d'abord à remonter quelque peu ses forces. L'économie avait subi une grande dénutrition, et, comme le grand sympathique et le centre circulatoire sont les points sur lesquels retentit surtout l'anémie qui est la suite obligée de la dénutrition, tout était réuni pour faire craindre les effets du choc post-opératoire.

Pour m'opposer dans la mesure de mes moyens à ce danger certain, je soumis dès lors la malade au traitement par les injections hypodermiques répétées de sérum physiologique artificiel stérilisé. Je fis deux injections par jour, une le matin et une le soir, chacune de 700 à 1.000 centimètres cubes.

Elles ne tardèrent pas à augmenter la tension vasculaire de la malade et le visage de celle-ci acquit bientôt la teinte rose de la santé.

Au bout de quatre injections, la malade s'opposa expressément à ce que j'en fisse de nouvelles. Je me résignai à cesser l'emploi de ce moyen, si précieux pourtant quand il s'agit de tonifier les centres nerveux et circulatoires.

Je pratiquai l'ovariotomie le 7 octobre 1897 et, comme je l'avais prévu, la technique opératoire fut assez laborieuse, tant par les nombreuses et vastes adhérences que le kyste avait déjà contractées avec les organes voisins, que par son volume exagéré.

Quand le trocart s'enfonça dans les parois du kyste, de véritables flots de liquide chassés par l'énorme pression intra-kystique firent issue non seulement par l'orifice du trocart, trop petit pour permettre un écoulement suffisant, mais aussi par les intervalles situés entre la canule du trocart et les bords de l'orifice pratiqué dans la poche. Il s'en écoulait même beaucoup plus par là que par le trocart lui-même.

Je redoublai de précautions pour éviter qu'une partie du liquide ne fusât dans la cavité péritonéale, et j'y parvins au moyen de plusieurs compresses-éponges glissées entre les lèvres de la section abdominale et la membrane kystique.

La rapidité excessive avec laquelle le liquide sortait de la poche kystique m'obligea même à régler l'écoulement pour éviter de rétablir trop brusquement la circulation abdominale, ce qui aurait pu amener l'ischémie cérébrale.

Le liquide était de couleur chocolat, sirupeux au point de se déposer sans bruit dans les récipients préparés pour le recevoir, et assez onctueux au toucher. Il sortait très rapidement, mélangé de grandes masses graisseuses, contenant çà et là de très petits fragments osseux analogues pour la forme aux esquilles des fractures comminutives.

Le liquide recueilli pesait 21 kilos. L'énucléation du kyste fut assez laborieuse et me demanda beaucoup de temps, à cause de la multiplicité des ligatures qu'exigèrent les adhérences nombreuses contractées avec l'intestin grêle, le côlon transverse, le grand épiploon et le péritoine pariétal. Je fus obligé de marsupialiser toute la partie du kyste qui s'était soudée au plancher pelvien, au moyen d'une couronne de sutures avec l'angle inférieur de la plaie abdominale et de tamponner à la gaze iodoformée.

En plus de l'énorme poche kystique contenant le liquide extrait par la ponction, il y avait une infinité d'autres poches plus petites. J'en comptai trente et une dont la taille oscillait entre celle d'une orange et celle d'un petit pois. Le contenu de ces poches était translucide, mais assez filant.

La paroi interne de la grande poche était tapissée, dans presque toute son étendue, de fragments osseux, absolument semblables à ceux signalés précédemment dans les parties graisseuses du liquide, et ils étaient en si grand nombre que, lorsque je nettoyai la grande poche avec des compresses-éponges, on entendit nettement la crépitation produite par le frottement.

L'examen histologique de la tumeur donna le résultat suivant : La grande poche était manifestement dermoïde et tapissée d'un épithélium pavimenteux stratifié, semé çà et là de tissu osseux. Les cavités des petites poches au contenu translucide étaient revêtues d'une couche de cellules caliciformes : chez certaines des plus petites, l'épithélium avait subi la dégénérescence muqueuse. Tout le reste du kyste était manifestement fibreux. Le liquide ne put être soumis à l'examen histologique, car les personnes chargées de le conserver n'en gardèrent pas la quantité nécessaire.

Après avoir fait la toilette péritonéale avec des compresses-éponges et marsupialisé la portion de poche qui ne pouvait être décortiquée, je fermai la plaie abdominale par trois étages de sutures, la première de soie fine pour le péritoine, la deuxième de soie forte pour la plaie musculo-aponévrotique et la dernière au crin de Florence, pour la peau. La plaie fut saupoudrée d'une faible couche d'iodoforme et recouverte d'un pansement de gaze iodoformée et de ouate hydrophile maintenu par une bande de flanelle, le tout aseptisé soigneusement à l'avance.

L'opération terminée, la malade fut portée dans son lit, et, aux soins de rigueur on adjoignit une piqûre d'un centimètre cube d'éther.

L'état de la malade fut très satisfaisant pendant les vingt-quatre heures qui suivirent l'opération. Il semblait que, malgré sa grande faiblesse, elle avait heureusement surmonté les périls de l'opération, et qu'il n'y avait plus désormais de complication grave à redouter.



Mais, au bout de trente-deux heures, le pouls se mit à croître en fréquence, sans qu'aucune élévation thermique ne correspondît à cette ascension du pouls.

Il n'y avait au reste aucun symptôme d'infection péritonéale.

L'écoulement auquel le drain donnait issue était une sérosité limpide, le ventre était souple, sans météorisme, la partie non marsupialisée de la plaie abdominale cicatrisée par première intention ; le facies satisfaisant.

Un lavement de glycérine et de vin de Bordeaux avait été donné, ainsi que Pozzi le recommande, et avait procuré une garde-robe accompagnée de beaucoup de gaz. Enfin la malade urinait parfaitement.

Dès que je vis apparaître la fréquence du pouls, je fis de nouvelles injections hypodermiques massives de sérum artificiel et stérilisé de 700 centimètres cubes et les répétai toutes les quatre heures. Mais, en dépit de ces injections et des piqûres d'éther et de caféine qui relevèrent momentanément la tension vasculaire et abaissèrent le pouls à 96 p., je ne pus empêcher la syncope cardiaque à laquelle la malade succomba, cinquante-quatre heures après l'opération.

Je ne pus faire la nécropsie, la famille de la malade s'y étant opposée ; mais étant donnée l'absence absolue de symptômes péritonéaux ou septicémiques, je crus pouvoir attribuer la mort : 1° au mauvais état général de la malade avant l'intervention, lequel empêcha la réaction de l'organisme qui était nécessaire pour surmonter le choc opératoire ;

2° Au refus qu'elle m'opposa quand je voulus préparer ses forces au moyen d'injections de sérum ;

3° Enfin, à la nature du kyste qui avait déterminé de si profonds bouleversements dans l'organisme de cette Femme.

Quatre mots pour conclure : j'ai dit, au commencement de ce travail, qu'à l'heure présente, l'hystogenèse des kystes muco-dermoïdes de l'ovaire était encore moins connue que celle des kystes proligères tant glandulaires que papillaires.

Pour l'expliquer, plusieurs auteurs ont eu recours à des hypothèses plus ou moins vraisemblables, entre autres celles de Lannelongue et d'Achard qui appliquent à la genèse des kystes muco-dermoïdes tout comme à celle des kystes dermoïdes purs, la théorie de l'enclavement, non seulement des téguments de l'embryon, mais encore des différents tissus qui constituent celui-ci. — Une autre théorie soutenue avec quelques variantes par Waldeyer en Allemagne, et par Mathias Duval et Répin en France, est celle de la *parthénogenèse*, et c'est à mon sens la plus acceptable pour expliquer l'histogenèse des kystes dermoïdes.

Elle s'appuie : 1° sur les facultés intrinsèques de développement de l'épithélium germinatif (segmentation sans fécondation préalable des ovules d'Oiseaux, de Mammifères, et même de l'Homme Morel) ;

2° Sur la concordance de la position de l'ovule dans la vésicule de Graaf et de la position du bourgeon qui porte les vestiges embryonnaires dans le kyste dermoïde, au début de son développement ;

3° Enfin, sur la comparaison des cas où l'on trouve une ébauche d'embryon nettement individualisé avec la série des autres faits où l'on n'a seulement que des vestiges squelettiques moins aisément reconnaissables (Répin).

Si, comme la majorité des histologistes et des pathologistes l'affirment, cette théorie est la meilleure pour expliquer l'histogenèse des kystes dermoïdes purs, il nous faudra convenir que, dans les kystes muco-dermoïdes ou mixtes, le développement doit être la résultante d'une double évolution de l'épithélium germinatif dans le sens néoplasique et dans le sens génésique, comme l'affirment Bonnet et Petit dans leur Traité de Gynécologie.

Camelot.—FIBRO-MYOMES ET CANCER SIMULTANÉ DU CORPS DE L'UTÉRUS. (*Journal des sciences médicales de Lille*, 1898, p. 417.)

Le cancer d'une part, les tumeurs fibreuses de l'autre, constituent deux maladies de l'utérus tellement fréquentes, qu'il n'y a pas lieu, semble-t-il, de s'étonner si on les trouve simultanément sur le même organe. De fait, la plupart des chirurgiens ont dû évidemment rencontrer cette coexistence, et pourtant l'attention n'a guère été attirée de ce côté.

Dans le courant de cette année, nous avons eu l'occasion d'observer dans le service de M. le Professeur Duret, deux cas de cancer du corps développé sur un utérus fibromateux. En raison de la rareté habituelle du cancer du corps de l'utérus — rareté que nous estimons très réelle, puisque les deux cas auxquels nous faisons allusion, sont les seuls que nous avons pu voir, en cinq ou six ans, dans un service cependant très actif — nous nous sommes demandé si nous devions attribuer aux hasards de la clinique l'apparition de ces deux cas, à des dates si rapprochées, s'il ne fallait pas plutôt leur chercher une autre explication. Immédiatement, il s'en offrait une : sur les deux utérus, atteints de cancer au niveau du corps, à l'exclusion complète du col, nous trouvions des tumeurs fibreuses. N'y avait-il pas de relations entre ces variétés de néoplasmes ? Ceci n'avait-il pas causé cela. C'est ce que nous allons voir. Résumons d'abord l'histoire de nos deux malades.

Obs. I. — Pl. E..., cuisinière, 49 ans, entre dans le service de chirurgie de l'hôpital de la Charité, le 20 novembre 1897. Dans ses antécédents héréditaires, rien de bien intéressant à signaler : son père et sa mère sont morts dans un âge assez avancé, l'un subitement, l'autre dans un accident ; ses frères et sœurs sont bien portants. Dans ses antécédents personnels, nous relevons une fièvre typhoïde à l'âge de 19 ans.

Réglée pour la première fois à 26 ans, elle l'a toujours été à peu près régulièrement, mais ses règles étaient douloureuses et abondantes. Elles ont cessé vers l'âge de 45 ans. La malade n'a pas eu d'enfants.

Depuis 6 ou 7 mois et principalement depuis deux mois, elle souffre d'une façon presque continue de douleurs hypogastriques. Il y a quelques semaines, à ces douleurs continues, se sont ajoutées de véritables crises, qui reviennent à peu près tous les jours et l'obligent à s'aliter pendant plusieurs heures. Au cours de ces crises, les douleurs s'irradient de la région hypogastrique dans les lombes et dans les cuisses.

La miction est douloureuse, au commencement et souvent aussi à la fin ; elle est fréquente au point de se répéter une dizaine de fois pendant le jour, et de trois à sept fois pendant la nuit. Les urines sont claires et leur quantité est normale.

La constipation est habituelle. Facies anémique, faiblesse générale très marquée. A l'examen direct, le palper abdominal ne donne aucun renseignement. Le palper bi-manuel indique que le col de l'utérus est très fort en arrière ; le corps, ou contraire, est complètement renversé en avant, mais sa face antérieure se continue directement avec celle du col, sans sillon de flexion. Le corps est dur, bosselé, en avant *fibromateux*.

L'hystérectomie abdominale totale est pratiquée par M. le Professeur Duret, le 24 novembre. La résistance des parois abdominales, qu'explique la nulliparité de la malade rend l'opération un peu laborieuse. L'utérus, fibromateux, est difficilement amené hors du ventre : on le libère en partie par la section de la moitié supérieure des ligaments larges. On taille un lambeau péritonéal à la face antérieure de l'utérus, la vessie est décollée jusqu'au niveau du cul-de-sac vaginal antérieur ; il est impossible d'atteindre le cul de-sac postérieur qui est trop profond ; la séreuse de la face postérieure de l'utérus est d'aillenrs soulevée par une série de granulations fibreuses, et on ne peut songer à s'en servir pour tailler un lambeau postérieur. On ponctionne le cul-de-sac vaginal antérieur, qui est très bas situé ; le vagin est alors désinséré, à gauche et à droite, de sa face muqueuse, vers le ligament large, et celui-ci sectionné de bas en haut ; la désinfection du vagin est achevée au niveau du cul-de-sac postérieur.

Ligature au ras du col, à la soie, des artères utérines et utéro-ovariennes. Suture du vagin, à l'aide d'un surjet à la soie ; par dessus, suture péritonéale au catgut, continuée sur les ligaments larges. Drainage du cul-de-sac de Douglas.

Sutures à trois plans de la paroi abdominale.

Les suites opératoires sont bonnes. La malade ne reprend cependant ses forces que lentement ; elle sort guérie, le 4 janvier 1898.

Examen des pièces. — L'utérus, gros comme le poing, présente dans son épaisseur de nombreux fibromes, plus ou moins saillants à sa surface. A la section, ses parois sont très hypertrophiées, mais ce qui frappe surtout, c'est l'épaississement de la muqueuse du corps utérin, qui atteint 3 à 4 millimètres, et sa coloration jaune verdâtre. Cette muqueuse se détache assez facilement avec le bistouri. On pense immédiatement à une dégénérescence cancéreuse de la muqueuse du corps utérin. A un examen attentif, on constate que cette dégénérescence, a envahi tout le corps utérin, infiltrant et hypertrophiant la paroi, dessinant jusque sous la séreuse des saillies qu'on pouvait croire occasionnées par des fibromes. Au sein de cette masse, formée d'un tissu grisâtre, mou, friable, se détachent nettement deux fibromes, du volume d'une noix, qui se distinguent par leur coloration plus blanchâtre, leur consistance plus ferme, la disposition de leurs faisceaux musculaires et surtout par leur coque nettement isolée. A l'œil nu, il est facile de se rendre compte que la dégénérescence cancéreuse a respecté la barrière formée par cette coque, et s'est détournée des fibromes.

Nous devons à l'obligeance de M. le Professeur Augier, l'examen histologique de la pièce, dont il a bien voulu nous donner le résumé dans la note suivante :

Une coupe portant sur une portion de la paroi utérine qui confine le néoplasme développé dans la cavité, montre les particularités suivantes :

Du côté de la cavité utérine, on trouve des amas cellulaires très irréguliers et très volumineux, séparés par de minces travées de fibres musculaires lisses ; ces amas cellulaires sont formés de cellules épithéliales, polyédriques pour la plupart et irrégulières ; l'arrangement glandulaire ne se retrouve que très exceptionnelle-

ment dans ces amas épithéliaux. On rencontre cependant dans quelques points des cellules circonscrivant des cavités arrondies, analogues à des lumières glandulaires. Dans d'autres points, à la périphérie de ces amas, les cellules sont disposées sous forme d'un revêtement régulier, constituant une bordure en palissade à mesure qu'on examine la coupe, vers la surface externe de l'utérus, on constate que les amas diminuent graduellement de dimension et de nombre. On trouve alors les faisceaux musculaires de la paroi utérine entrecroisés de nombreux vaisseaux ; des veines et des capillaires dans lesquels on remarque des bouchons épithéliaux oblitérant presque complètement la cavité des vaisseaux. Ces amas se retrouvent jusque dans de tout petits vaisseaux capillaires sous-péritonéaux. Mélangés à ces bouchons épithéliaux intravasculaires, on trouve des globules blancs et des amas granuleux.

Obs. II.— Dans notre 2e observation, il s'agit d'une Femme multipare, âgée de 65 ans, dont le passé pathologique n'a pu être connu de nous dans tous ses détails. Ce qui est certain pourtant, c'est que, depuis de longues annees, elle était atteinte de métrorragies, et que depuis un an il s'y est ajouté un écoulement continu d'une extrême fétidité. En même temps, son état général était devenu très grave : elle était absolument cachectique quand elle vint consulter M. Duret qui, songeant à un fibrome dégénéré, lui proposa et pratiqua, comme grave mais ultime ressource, l'hystérectomie abdominale.

Le ventre ouvert, la malade étant placée dans la position inclinée, le fond de l'utérus apparaît immédiatement, remontant à 4 travers de doigt au-dessus du pubis. Sa surface est congestionnée, d'un gris sale par place ; une pince placée sur la paroi antérieure la déchire à la moindre traction, et ouvre la cavité d'où s'échappe une sanie grisâtre, fétide. La vessie est soulevée par un fibrome gros comme une orange. Malgré quelques difficultés, inhérentes à la grande friabilité de l'organe, l'hystérectomie totale est pratiquée sans suture consécutive du vagin. La malade ne s'est pas relevée du choc opératoire et a succombé le 2e jour.

L'examen anatomo-pathologique de l'organe extirpé est particulièrement intéressant.

Examen des pièces. — L'utérus, gros à peu près comme les deux poings, présente sur sa paroi antérieure, au niveau de la moitié inférieure du corps, une saillie arrondie, du volume d'une orange, d'une consistance fibromateuse. Les deux cornes utérines sont également hypertrophiées, mais leur consistance est plus molle. A la surface de l'organe, on trouve quelques petits fibromes sous-séreux.

Une section longitudinale de la paroi postérieure montre un épaississement considérable, qui atteint 3 centimètres 1/2 vers le fond de l'utérus. Sur la face muqueuse de la paroi antérieure, immédiatement au-dessus de l'isthme, fait saillie le gros fibrome qu'on apercevait au-dessus de la vessie. Sur cette même paroi, mais près du fond, on trouve 3 fibromes pédiculés, sous-muqueux, gros comme une petite noix. Mais ce qui est particulièrement intéressant, c'est l'existence, au niveau du fond de la cavité utérine, de productions villeuses saillantes, de nature manifestement cancéreuse. C'est cette dégénérescence de la muqueuse qui, ayant gagné les parois de l'organe, leur donne l'épaisseur que nous avons signalée. Elle a envahi principalement la paroi postérieure ; la paroi antérieure, presque entièrement occupée par les fibromes, est respectée sauf dans son tiers supérieur. La muqueuse qui recouvre le gros fibrome est épaissie, tomenteuse, enflammée, mais non cancéreuse. Au contraire, sur l'un des petits fibromes sous-muqueux elle a subi la transformation épithéliomateuse au même degré que la muqueuse qui l'entoure. Mais, chose remarquable, au lieu de s'infiltrer dans la profondeur, la dégénérescence reste ici bien limitée à la muqueuse et respecte le noyau fibromateux dont la coque est nette, et qui reste facilement énucléable. De même, on trouve au sein de la grosse masse cancéreuse, deux noyaux fibreux dont le diamètre atteint 1 cm. 1/2 : ils tranchent nettement encore sur le tissu ramolli et grisâtre du cancer qui les a respectés.

Le col utérin est absolument sain.

Ainsi donc, nous voilà, dans deux cas, en présence d'une affection rare de l'utérus, le cancer du corps, et, chose remarquable, dans les deux cas, l'organe malade est en même temps le siège de néoplasmes d'une autre nature, de tumeurs fibreuses. S'agit-il là d'une simple coïncidence ?

Nous aurions probablement, à cette question, répondu par l'affirmative, s'il se fût agi de cancer du col de l'utérus. Cette localisation du carcinome est, en effet, assez fréquente pour qu'un utérus, même fibromateux — et il assez fréquent d'en rencontrer de tels — court le risque d'en devenir le siège. Mais ici, le col est absolument sain, et le cancer s'est exclusivement localisé sur le corps, ce qui est rare. Nous nous refusons à y voir une simple coïncidence.

Nous ne pouvons guère penser à une dégénérescence cancéreuse primitive des fibromes utérins. La transformation maligne de ces néoplasmes a été bien étudiée dans ces derniers temps (1). Quand elle se produit, elle évolue vers le sarcome, soit que les éléments conjonctifs embryonnaires aient une origine vasculaire et endothéliale (Pilliet et Costes), soit qu'ils représentent le stade embryonnaire de la fibre cellule musculaire (Paviot et Bérard). Mais on s'accorde généralement à admettre que la transformation des fibres lisses en cellules épithéliales est impossible.

L'apparition, au sein d'un fibrome, d'une néoplasie épithéliale, pourrait peut-être s'expliquer par la présence préalable d'éléments de cette nature au milieu du tissu fibro-musculaire. Cette présence n'est évidemment pas inadmissible. On sait ce qui se passe dans certaines endométrites : tous les éléments de la muqueuse et en particulier les glandes prennent un énorme développement ; les culs-de-sac glandulaires dépassent la limite profonde de la muqueuse, et Cornil a publié une figure dans laquelle on les voit s'insinuer dans l'enchevêtrement des fibres musculaires lisses, et s'y terminer, réalisant ainsi ce que l'on a appelé l'*hétérotopie glandulaire*. Rien ne s'oppose, en apparence, à ce qu'un fibro-myome, en voie d'évolution au voisinage de ces culs-de-sac glandulaires, emprisonne dans sa masse quelques éléments épithéliaux, qui plus tard pourront devenir le point de départ d'un carcinome. On a même été jusqu'à considérer ces petits adénomes, d'origine inflammatoire, ainsi développés dans l'épaisseur du tissu musculaire lisse, comme capables de provoquer autour d'eux une réaction particulière des fibres lisses, de déterminer la formation de petits noyaux, autour desquels se développaient les fibro-myomes. Cette pathogénie expliquerait bien l'apparition d'un carcinome dans un fibrome, en dehors des cas où il s'agirait tout simplement de l'envahissement de celui-ci par une néoplasie épithéliale primitivement développée dans la muqueuse voisine. Mais, dans nos deux cas, nous n'avons que faire de cette explication : il est en effet, manifeste que les fibromes n'ont pas été envahis par le carcinome, que celui-ci, dans sa marche progressive à travers le tissu utérin, a été arrêté par eux et obligé de les contourner. En un mot, le cancer s'est développé *à côté* du fibrome. S'est-il développé *à cause* de lui ? Telle est la question.

Nous pensons qu'il faut y répondre affirmativement, parce que, nous l'avons dit plus haut, le cancer du corps de l'utérus est rare, et que, lorsqu'on le rencontre, il est souvent associé à des tumeurs fibreuses. Comment, dès lors, expliquer cette association pathologique ?

On pourrait faire appel à la parenté qui semble bien exister, au point de vue de l'étiologie et surtout de la prédisposition, entre les néoplasmes même de nature différente. On a dit aussi que toute néoplasie est un pas fait vers une néoplasie plus grave : un fibrome indiquerait donc déjà que l'utérus atteint constitue un excellent terrain pour le développement du carcinome.

Il est plus logique, croyons-nous, de chercher ailleurs la cause de cette coexistence. Rappelons-nous ces deux lois qui dominent l'étiologie des tumeurs épithéliales (Quénu).

1° Tout changement apporté soit à la situation, soit à la structure normale d'un organe ou d'une portion d'organe, y crée une prédisposition au néoplasme ;

2° Toute irritation prolongée d'un revêtement épithélial favorise la tendance de celui-ci à devenir le point de départ d'un épithélioma.

Rien que par sa présence, le fibro-myome pourrait donc jouer le rôle d'une épine dont l'action irritative permanente finirait par provoquer l'apparition du cancer. Mais son action nous paraît bien plus claire : on sait, en effet, que presque toujours, sinon toujours, les fibromes déterminent, par voisinage, des lésions d'endométrite. Or, nombreux sont aujourd'hui les auteurs qui admettent l'influence considérable de ces lésions sur le développement du carcinome : la lésion commencée par une endométrite glandulaire légère devient, en s'invétérant, une endométrite glandulaire dans la forme la plus accusée (adénome typique bénin), puis, en dégénérant, un adénome atypique malin, qui est le premier stade du cancer (Pozzi).

L'action provocatrice des fibro-myomes de l'utérus, vis-à-vis du cancer de cet organe, ramenée à ces proportions, n'a rien que de très compréhensible ; elle n'en reste pas moins très importante. Nous n'avons pas besoin d'insister sur ses conséquences, lorsqu'elle s'est efficacement exercée : le fibro-myome passe au second plan, le cancer domine la scène, assombrissant singulièrement le pronostic, et imposant la conduite à suivre. A en juger par certaines observations, il semble même que la marche du cancer soit influencée par l'existence du fibrome ; son évolution, sa propagation seraient beaucoup plus rapides et, partant son pronostic beaucoup plus grave.



(1) Voir Cystofibromes et cystosarcomes de l'utérus. Transformation de fibromes, par M. Duret. (*Semaine gynécologique*, 1898.)



REVUE BELGE

Stobbaerts. — KYSTE GLANDULAIRE PROLIGÈRE DE L'OVAIRE. (*Bulletin de la Société belge de gynécologie*, 1898, p. 72.)

Le cas dont j'ai l'honneur d'entrenir la Société, présente plusieurs particularités intéressantes qu'il m'a semblé utile de relater. La mère de ma malade a succombé à une affection d'estomac de longue durée ; sa fille a été opérée, il y a plusieurs années, par M. le professeur Thiriar, pour une tumeur du ventre ; cette affection a été considérée comme étant de bonne nature. Je vis pour la première fois la malade il y a deux ans, j'assistai au développement d'une ascite qui me força à pratiquer la ponction abdominale. Grâce à cette ponction, je pus faire un examen plus approfondi du ventre : examen fort difficile à cause de la grande épaisseur de la paroi. Les culs-de-sac vaginaux étaient libres ; la matrice, fort petite, en position normale. La région hépatique, étant fort sensible au toucher et présentant une légère diminution de la matité, je crus avoir affaire, vu les antécédents alcooliques de ma patiente, à une cirrhose hépatique. Après 26 ponctions, représentant 702 litres de liquide ascitique, je découvris, par la palpation du ventre, une tumeur, qui très petite au début et imperceptible par suite de l'obésité de la personne, avait augmenté considérablement de volume. Je fis la laparotomie, assisté de mes excellents confrères Dorff, Walton et Nisot ; les suites opératoires furent normales et l'ascite ne s'est plus reproduite depuis notre intervention. Vu l'âge de la malade (59 ans), et par mesure de précaution, je fis l'ablation de l'ovaire sain.

L'examen microscopique dénote la mauvaise nature de la tumeur. Il est regrettable que la laparotomie n'ait pas été faite plus tôt ; une intervention plus rapide aurait évité à l'opérée l'ennui d'une ascite aussi énorme et prolongée et nous aurait donné, quant à la récidive, plus de garanties.

La grande quantité de liquide et sa reproduction si rapide sont assez rares dans les cas de tumeurs abdominales.

D'énormes tumeurs abdominales ne sont accompagnées généralement que d'une petite quantité d'ascite, surtout quand ces néoplasies sont fixées ou peu mobiles. Plus la tumeur est mobile et plus, me semble-t-il, l'irritation du péritoine sera grande ; plus aussi le liquide ascitique se reproduira vite et en grande quantité. C'est peut-être le cas chez ma malade, où la néoplasie était fort mobile, munie d'un pédicule en dégénérescence.

D'où provient cette quantité énorme d'ascite et comment se produit-elle ? La théorie de Quénu insistait sur la transsudation des liquides ; Nicaise invoquait la compression des uretères ! (la compression des uretères amène de l'hydronéphrose et non de l'ascite). La théorie de la compression, dit le docteur Potel, dans l'*Echo médical du Nord*, admise par un certain nombre d'auteurs, est cependant loin d'expliquer tous les faits. Ne tombe-t-elle pas d'elle-même devant cette constatation qu'une tumeur volumineuse ne donne point d'ascite, alors qu'une tumeur grosse comme le poing et mobile, produit une ascite abondante ?

M. le professeur Dubar est partisan de la théorie de la réaction péritonéale. Cette théorie est admise de Gunderlach, Ziembicki, etc., et c'est celle qui nous paraît la plus probable. Le péritoine, irrité, s'enflamme, et réagit comme toutes les séreuses, c'est-à-dire par la production de liquide.

Reste à savoir pourquoi le péritoine réagit dans certains cas, et point dans d'autres.

Si l'on passe en revue les observations, on s'aperçoit rapidement que les cas où l'on n'a point trouvé ou mentionné d'ascite, sont généralement des cas où les tumeurs étaient grosses, fixes, peu mobiles, lisses ou peu bosselées, tumeurs dont le déplacement est trop peu considérable pour irriter le péritoine. Ces tumeurs, nées dans le petit bassin, s'élèvent peu à peu dans la grande cavité abdominale, gardent le contact de la paroi, devenant pour ainsi dire paroi elles-mêmes, et paroi absolument lisse, pourvue d'un revêtement séreux intact. Elles n'entrent donc pas en conflit par leurs mouvements avec la masse intestinale. L'intestin se meut simplement sur cette séreuse sans que ses déplacements donnent lieu à aucun phénomène réactionnel. Par contre, d'autres tumeurs, beaucoup plus petites, grosses comme le poing, pédiculées, très mobiles, bosselées, vont à chaque instant heurter, irriter le péritoine pariétal et viscéral, jusqu'à ce que le péritoine s'enflamme et réagisse par la production d'ascite.

La préparation microscopique de cette néoplasie, qu'a bien voulu me faire le docteur Thomson, nous montre les cavités délaissées par l'ovule expulsé, allongées. Comme vous le savez, à l'état normal, ces cavités se rapprochent de la forme arrondie. Cet allongement est dû à la prolifération cellulaire, à la formation de ces immenses cavités qui exercent, par suite de leur développement, un tiraillement sur les parties voisines.

Lambinon. — CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT DE LA SEPTICÉMIE PUERPÉRALE. (*Journal d'accouchements de Charles*, 1898, p. 418.)

Il est indispensable de préciser les variétés d'infection puerpérale auxquelles nous nous adresserons pour bien juger de la valeur des traitements de la fièvre puerpérale.

En ce qui concerne les affections localisées à l'endomètre, nous avons à considérer la saprémie, l'endométrite, due au développement du *Bacillus diphteriae* de Roux et Yersin et l'endométrite puerpérale à Gonocoques.

Parmi les affections puerpérales non localisées à la muqueuse utérine, notons la septicémie puerpérale pure d'emblée, la péritonite, la pyohémie et la streptococcie compliquée de la gangrène vulvaire.

En résumé, si l'on a souvent à combattre le Streptocoque, on doit aussi enrayer le développement des germes de la saprémie, des Gonocoques, des Staphylocoques et parfois du *Bacillus diphteriae* de Roux et Yersin sans compter le Pneumocoque.

Le *Bacterium coli* a été accusé de fomenter l'infection *post-partum* (du Bouchet (1), Robinson (2), Eisenhart (3), Sorel, etc.). Nous n'avons pas fait d'observation originale de ce genre, mais nous admettons l'existence de cette infection spéciale, vu la rigueur avec laquelle ces recherches ont été faites en France et en Allemagne. Voilà pourquoi l'infection puerpérale ne veut plus dire grand'chose aujourd'hui : *Sic transit gloria mundi*.

Evidemment le traitement a bénéficié des connaissances acquises, comme on le verra dans la suite de cette étude.

Après avoir parlé du traitement de la fièvre puerpérale, nous déclarons qu'*on peut prévenir cette maladie*.

Nous attachons donc une importance capitale à la prophylaxie du mal dont les triomphes ne se comptent plus.

Traitement des affections puerpérales localisées à l'endomètre.

a) SAPRÉMIE (4) OU FIÈVRE DE RÉSORPTION. — Lorsque des débris placentaires ou membraneux *se putréfient* dans la cavité utérine, les germes putrides sécrètent des toxines qui sont résorbées par l'organisme et déterminent la production d'une fièvre de résorption ou saprémie (Kehrer). L'ablation rapide des masses organiques putréfiées et les injections intra-utérines antiseptiques suffisent souvent pour guérir cette affection et l'endométrite putride *superficielle* concomitante. Ces vues théoriques sont confirmées par l'observation clinique : *Naturam morborum curationes ostendunt*.

Fausse couche de deux mois et demi. Rétention du placenta. Saprémie. Tamponnement utérin d'attente. Curage digital le lendemain. Guérison. — L'épouse D., secondipare, âgée de 25 ans, née et domiciliée à Liége, n'a plus été réglée depuis deux mois et demi. A la suite de fatigue, elle a eu une forte hémorragie le 16 novembre 1896. Les caillots sanguins ayant été jetés, le médecin traitant n'a pu les examiner, ni retrouver de traces du petit fœtus. Notre sympathique confrère, M. le Dr Pirotte, appelé auprès de la malade, lui prescrit des injections vaginales et intra-utérines phéniquées. Il donne à la patiente de l'ergotine (3 gr. *pro die*).

A noter un frisson survenu le 22 novembre. L'hémorragie persiste jusqu'au 23 novembre. Appelé le soir en consultation chez cette malade, nous la trouvons considérablement anémiée. Il y a de la constipation et des vomissements. La langue est sèche, la température s'élève à 39°2 C. Pouls rapide. Cette Femme a des pertes assez abondantes, répandant une odeur fétide très forte. Violentes douleurs de tête. Le col est un peu ramolli et entr'ouvert. L'utérus est sensiblement augmenté de volume. Nous pratiquons, vu l'état de faiblesse de la malade et l'heure avancée de notre consultation, le tamponnement des cavités utérine et vaginale après avoir fait un lavage vaginal et intra-utérin. On administre à la patiente un clystère d'eau savonneuse renfermant une cuillerée de glycérine. Il y a deux selles. La malade prend du champagne frappé. On sonde la Femme de quatre en quatre heures. Le lendemain pas de perte, température 39°9. Nous enlevons le tampon qui a conservé une mauvaise odeur. Pas de chloroforme. Curage digital.

Notre confrère Pirotte abaisse l'utérus en pressant sur le fond de la matrice à travers la paroi abdominale. Nous parvenons aussi à introduire trois doigts dans la cavité utérine et à extraire assez facilement un petit gâteau placentaire putréfié, pesant 35 gr. Le placenta était inséré au fond de l'utérus.

Injections antiseptiques. Tamponnement utérin à la gaze iodoformée. Le tampon est enlevé le lendemain. Plus d'hyperthermie, plus d'hémorragie, ni de céphalalgie. Convalescence rapide.

Réflexions. — L'augmentation du volume de l'utérus, la persistance des hémorragies fétides, l'hyperthermie cèdent rapidement grâce à une thérapeutique énergique ayant pour effet de *nettoyer la cavité utérine et d'enlever les débris nécrosés de l'endomètre et du placenta*.

(1) *Ann. de gyn. et d'obstr.*, 1897, p. 365.
(2) *Sem. méd.*, 1895, p. 440.
(3) *Arch. für Gyn.*, Bd XVII, Hft 2.
(4) Sur 11 cas d'endométrite en apparence purement putride, Bumm, qui disposait d'une faible quantité de substance putride, a vu dans trois cas les Streptocoques ne pas se développper. (*Arch. für Gyn.*, Bd XI, Heft 3, p. 398.)



Fausse couche de trois mois et demi. Saprémie. Rétention du placenta. Tamponnement utérin d'attente. Sortie du placenta le lendemain. Guérison. — Il s'agit dans cette observation d'une servante, de tempérament sanguin, secondipare, arrivée à trois mois et demi de gestation. Subitement, le 6 décembre 1896, se produit une hémorragie sérieuse. Les caillots sanguins n'ayant pas été conservés, il est impossible de retrouver le Fœtus et de mesurer sa longueur. Le surlendemain, hyperthermie vespérale et nouvelle hémorragie. L'écoulement a une odeur *sui generis*. La Femme étant affaiblie par les pertes, après lavages antiseptiques du vagin et de la cavité utérine, nous faisons un tamponnement vagino-utérin au moyen de gaze iodoformée.

Le lendemain, après l'enlèvement du tampon, a lieu l'expulsion du placenta putréfié pesant 85 grammes et mesurant 10 centimètres de diamètre. Température maxima observée le troisième jour: 38°2. Rémission matinale allant jusqu'à diminution de presque un degré. Guérison rapide grâce à l'expulsion du placenta et des injections antiseptiques.

Fausse couche de six semaines. Rétention d'annexes. Saprémie. Insuffisance des injections désinfectantes. Curettage. Guérison. — Au début de juin 1896, Mlle A., primipare, âgée de 19 ans, a eu une fausse couche de six semaines. Elle a eu des coliques et des pertes sanguines combattues par le laudanum et le repos. En dépit des injections intra-utérines, il y a hyperthermie. Curettage le 4 juin 1895 ramenant des débris de caduque et de placenta putréfié. Le lendemain, température en dessous de 38° C. On enlève le tampon de gaze. A eu 38°5 le sixième jour. Fièvre rémittente. Guérison parfaite le dixième jour.

b) Traitement de l'endométrite septique localisée. — *Femme accouchée à huit mois et demi en rue. Endométrite septique localisée. Injections intra-utérines désinfectantes. Guérison.* — Il s'agit de Mme A., ménagère, secondipare, âgée de 25 ans, ne connaissant pas l'époque de l'apparition de ses dernières règles. Elle ne croit pas être à terme ; rien de spécial à noter lors de son premier accouchement, si ce n'est un prolapsus utérin. Après quelques heures de travail, subitement, le 10 janvier 1897, elle accouche en rue et met au monde un petit Garçon vivant de huit mois et demi, mesurant 47 centimètres et pesant 2850 grammes.

Il y avait une déchirure périnéale qui a été suturée peu de temps après. A noter l'existence de pertes sanguines, puis séro-purulentes, ne présentant pas d'odeur.

Température maxima *post-partum* 35° C. le troisième jour. Grâce aux injections intra-utérines de solution sublimée à 1/6 °/₀₀, la guérison survient le treizième jour.

La réunion de la plaie périnéale a été obtenue *per primam*.

Réflexions. — Rien d'extraordinaire de voir se produire chez cette accouchée des phénomènes septiques. Vu l'existence d'un prolapsus utérin, le col a sans doute touché des linges malpropres que portait la pauvre Femme accouchée en rue.

On a cru pendant longtemps que l'endométrite pseudo-membraneuse n'a aucun rapport avec le *Bacillus diphteriae* de Roux et Yersin.

Nous publions ci-joint quelques rares observations déjà éditées pour montrer combien le traitement peut varier suivant la nature du mal :

c) Endométrite puerpérale de nature diphtérique proprement dite. — On a cru pendant longtemps que l'endométrite et les plaques vulvo-vaginales membraneuses apparaissant parfois dans les suites de couches pathologiques, n'ont jamais aucun rapport avec le *Bacillus diphteriae* de Roux et Yersin. Les deux observations suivantes détruisent l'opinion attribuant toujours la production de ces membranes au développement des Streptocoques.

Bumm (1) a observé une Femme à laquelle un médecin avait fait une application de forceps, six jours auparavant. Le même jour, ce dernier praticien avait soigné un Enfant atteint de diphtérie. Le tractus génital présentait sur les parties superficielles des membranes blanches. Rien du côté du péritoine, ni du côté du paramétrium.

L'examen de ces membranes y a fait déceler la présence, non pas de Streptocoques, mais de Bacilles de Lœffler absolument caractéristiques. L'évolution clinique de l'affection a prouvé qu'il s'agissait bien de diphtérie. En effet, les onzième et douzième jours après l'accouchement les membranes diphtéritiques ont fait successivement leur apparition dans la cavité buccale d'abord et ensuite dans les fosses nasales ! La patiente est guérie en dépit de tous ces signes alarmants.

Traitement. — Injection de quatre doses de sérum antidiphtérique et ingestion d'alcool à forte dose.

Un confrère bruxellois (1) a également observé un cas presque absolument identique guéri par la sérothérapie. Notons qu'il a injecté au début une faible dose de sérum de Behring. Le cinquième

(1) Bumm *Ueber Diphterie und Kindbettfieber* (*Zeitschr. f. Geburtshilfe und Gynaek.* Bd XXXIII, Hft 1)

jour il a fait une injection de 50 centim. (1) de sérum antidiphtérique préparé à Louvain. La patiente a présenté de l'urticaire pendant deux jours. Convalescence rapide. Pendant quelque temps, l'auteur a observé de l'œdème malléolaire et une parésie passagère des membres inférieurs.

Les plaies des organes génitaux peuvent donc être un terrain de culture pour les Bacilles de Lœffler. Brinkmann a rapport deux nouvelles observations semblables dans la *Deutsche med. Wochenschr.*, 1896, n° 24. Une Femme accouchée depuis trois jours a commis l'imprudence de faire mettre dans son propre lit son Enfant atteint de diphtérie. La mère a eu deux jours après une diphtérie grave du vagin. Pas de péritonite, ni de paramétrite. Le lendemain de l'apparition du mal, on fait à la patiente une injection de sérum de Behring. La fièvre tombe et la guérison survient quatre jours plus tard.

Une autre accouchée exposée à la contagion a eu une vaginite diphtérique et un empâtement dans le parametrium gauche. En dépit des injections de sublimé faites dans le canal vagino-utérin et de l'emploi de sérum de Behring, la patiente a succombé après dix jours de souffrance.

Outre la saprémie, l'endométrite septique localisée, l'endométrite diphtérique due au *Bacillus diphteriae*, il nous reste à parler de :

d) L'endométrite puerpérale a Gonocoques. — *Multipare à terme, Enfant en mento-iliaque gauche antérieure avec procidence du cordon. Réduction du cordon ; forceps. Endométrite tardive en Gonocoques.* — Dans la soirée du 7 novembre 1896, Mme S..., accoucheuse, nous fait appeler auprès Mme D..., ménagère en ville, ayant eu la blennorragie pendant la gestation. Cette Femme, qui a déjà eu cinq enfants est arrivée au terme de la gestation. Elle a des douleurs depuis quatorze heures. Les eaux sont écoulées depuis une heure. Après avoir désinfecté la sphère génitale, on sonde la Femme, et on retire environ un quart de litre d'urine de la vessie.

Inspection. — Seins bien développés, bouts excellents, aréole brunâtre. Le ventre, très volumineux, est couvert de vergetures anciennes et récentes. L'utérus remonte jusqu'à la région épigastrique. Écoulement vaginal blanc jaunâtre à réaction neutre.

Auscultation. — On entend très bien les doubles battements du cœur fœtal en dessous de l'ombilic et non loin de la ligne médiane.

Toucher. — Il y a dans le vagin une anse du cordon ombilical qui s'est insinuée à gauche entre la tête fœtale et les parties molles de la mère.

Le menton du Fœtus très élevé se trouve au niveau de la branche horizontale gauche des pubis.

Après avoir réduit l'anse du cordon prolabé, nous glissons lentement sur notre main gauche les deux branches du forceps de façon à saisir la tête par son plus petit diamètre.

Les tractions suivant l'axe du détroit supérieur produisent la descente de la tête fœtale. Quand celle-ci est arrivée dans l'excavation, un simple mouvement de rotation ramène le menton du fœtus sous l'arcade pubienne.

Dégagement de la tête et extraction faciles. Enfant mort 48 heures après l'accouchement. Suites de couches bonnes jusqu'au dixième jour. Fort peu de temps après la cessation des soins antiseptiques, il s'écoule de l'utérus du pus contenant des Gonocoques. Des injections intra-utérines de solutions diluées de $KMnO^4$ ont eu assez rapidement raison du mal. Wertheim, qui a fait une excellente étude de ces sortes de cas, croit même à l'envahissement possible du péritoine par les Gonocoques.

En 1894, M. le Dr Liebaert assistant de clinique obstétricale à l'Université de Gand, a conclu cliniquement à l'influence du Gonocoque de Neisser, entre autres dans les avortements spontanés, suivis d'élévation de température, observés avant toute intervention. Ce sont, dit-il, des preuves éclatantes de la préexistence dans le vagin ou la cavité cervicale de ces Femmes de Micro-Organismes plus ou moins virulents. Quatre observations frappantes sont données à l'appui de cette manière de voir.

Krönig a déterminé dans *neuf* cas la présence de Gonocoques dans les lochies.

Du Bouchet a vu un cas analogue.

(*A suivre.*)

(1) Nisot. *Diphtérie puerpérale* ; *sérothérapie* ; *guérison*. Relation à la séance du 20 décembre 1895 de la Société de Gynécologie et d'Obstétrique. in *Centralbl. f. Gynaek.*, 1896, n° 7, p. 191.

Tout ouvrage dont il sera envoyé deux exemplaires sera annoncé et analysé s'il y a lieu.

R. PICHEVIN, *Directeur-Gérant.*

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE DAIX FRÈRES.
Maison spéciale pour Journaux et Revues.



TABLE

ANNÉE 1898

Les noms des auteurs d'articles originaux sont imprimés en égyptiennes grasses ; les noms des auteurs des travaux résumés en petites capitales maigres ; les chiffres indiquent la pagination.

TABLE DES NOMS D'AUTEURS





TABLE DES MATIÈRES




Digitized by Google

R. PICHEVIN, *Rédacteur-Gérant.*

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX frères, place Saint-André, 3. — Maison spéciale pour journaux et revues.